



RECUSA TERAPÊUTICA MANIFESTADA POR GESTANTE E A RESOLUÇÃO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Nº 2.232/2019: reflexões bioéticas

Edith Maria Barbosa Ramos*

Láisse Lima Silva Costa**

Lucas Daniel Fernandes Cardozo***

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo a análise das implicações bioéticas que permeiam a recusa terapêutica manifestada pela pessoa gestante e regulamentada pela Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) n.º 2.232/2019. Para isso, buscou-se compreender a relação médico-paciente e os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Além disso, foram desenvolvidos apontamentos em relação ao paternalismo médico. Quanto à metodologia empregada, utilizou-se o método dedutivo, com abordagem descritiva-analítica e técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, com o intuito de explicitar como a Bioética principialista relaciona-se com o exercício da atividade realizada por profissionais de saúde, especialmente pelo médico.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Relação Médico-Paciente; Princípios da Bioética; Recusa Terapêutica; Gestante.

THERAPEUTIC REFUSAL MANIFESTED BY PREGNANT AND FEDERAL COUNCIL OF MEDICINE RESOLUTION Nº 2.232/2019: bioethical reflections

ABSTRACT

This article aimed to analyze the bioethical implications that permeate the therapeutic refusal manifested by the pregnant person and regulated by Federal Council of Medicine Resolution n.º 2.232/2019. For this, we sought to understand the doctor-patient relationship and the bioethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. In addition, notes were developed in relation to medical paternalism. As for the methodology used, the deductive method was used, with a descriptive-analytical approach and bibliographic and documentary research techniques, in order to explain how principialist Bioethics relates to the exercise of the activity performed by health professionals, especially by the doctor.

KEYWORDS: Bioethics; Doctor-Patient Relationship; Principles of Bioethics; Therapeutic Refusal; Pregnant.

*Pós-Doutora em Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Brasília, DF, Brasil; professora, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6064-1879>. E-mail: edithramosadv@yahoo.com.br

**Mestranda em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil. Integrante do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário, Universidade Federal do Maranhão (NEDISA/UFMA). <https://orcid.org/0000-0001-6181-9405>. E-mail: laisse_ls@hotmail.com

***Mestrando em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil. Integrante do Núcleo de Estudos de Direito Constitucional, Universidade Federal do Maranhão (NEDC/UFMA) e do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário, Universidade Federal do Maranhão (NEDISA/UFMA). <https://orcid.org/0000-0003-0494-5960>. E-mail: lukasfco@hotmail.com



INTRODUÇÃO

A presente pesquisa pretendeu analisar questões bioéticas decorrentes da publicação da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.232/2019, que estabeleceu normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente, suscitando inúmeros debates acerca do seu impacto na autonomia da pessoa gestante.

Isso decorre do previsto no artigo 5º, § 2º da Resolução, que consigna que “a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto” (CFM, 2019, p. 2). Dessa maneira, para alguns analistas, a Resolução do CFM estaria cerceando o pleno exercício do direito da pessoa gestante de realizar escolhas em relação ao seu tratamento médico, principalmente em questões relacionadas ao parto, permitindo que o médico não aceite a recusa da pessoa grávida em ser submetida a intervenções com as quais não concorde.

Sendo assim, objetiva-se, por intermédio desta investigação, perquirir sobre as implicações bioéticas das disposições relativas à recusa terapêutica das gestantes constantes na Resolução CFM nº 2.232/2019, enfatizando-se, principalmente, o conflito existente entre a autonomia da mãe e a proteção da vida do feto.

No que concerne à metodologia, esta pesquisa utilizou o método dedutivo com metodologia de abordagem descritiva-analítica e por técnicas de pesquisa as bibliográfica e documental, com o intuito de explicitar como a Bioética principialista relaciona-se com o exercício da atividade realizada por profissionais de saúde, especialmente pelo médico. O acesso à bibliografia e aos documentos foi realizado de forma manual e eletrônica.

Com o fim de alcançar o objetivo proposto na pesquisa, no primeiro capítulo realizou-se uma breve exposição histórica acerca da relação médico-paciente, com as suas características inerentes. No segundo capítulo, foram tecidas considerações sobre o surgimento da Bioética e os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, conforme a teoria de Beauchamp e Childress. Por fim, no terceiro capítulo, buscou-se compreender os fundamentos pelos quais a Resolução CFM n.º 2.232/2019 tornou-se objeto de impugnação no âmbito da ADPF nº 642/DF, bem como as implicações bioéticas



resultantes desse ato normativo, no que diz respeito à recusa terapêutica exercida pela pessoa gestante.

1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Segundo Entralgo (1964), não existe nada mais fundamental e elementar no trabalho do médico do que a sua relação imediata com o paciente. Nada nessa tarefa parece ser mais permanente. A relação médico-paciente constitui um processo especial de interação humana, sendo a base da prática clínica em suas dimensões técnica, humanística, ética e estética (MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015).

Assevera-se que a relação médica é delicadamente sensível a mudanças no transcorrer da história, uma vez que o contínuo progresso dos recursos diagnósticos e terapêuticos altera a aparência mais externa dessa relação (ENTRALGO, 1964).

As modificações que a convivência humana, de maneira incessante, experimenta, alteraram, ainda, o fundamento da relação médico-paciente: a pólis helênica, o monastério medieval e a cidade do século XX, abrigavam modos de assistência médica que eram diferentes entre si, de acordo com o que cada uma dessas formas de vida consideravam mais fundamental e decisivo (ENTRALGO, 1964).

Nesse sentido, consoante cada sociedade, há pressupostos antropológicos, históricos e sociais que conferem conteúdo e estrutura peculiares à relação entre os seres humanos. Causas e motivos de toda espécie, tais como sociais, psicológicos, técnicos e morais, tornam a relação médico-paciente especialmente problemática (ENTRALGO, 1964).

A influência que teve a ética médica, em relação à posição particular do paciente, no interior da relação clínica e na futura conformação dos direitos dos pacientes, é um fato inquestionável (RASINES, 2015). Entralgo (1964) afirma que existiram três períodos significativos na história da relação médico-paciente, levando-se em consideração as principais vicissitudes por esta enfrentada na história do mundo ocidental: Grécia Clássica, Cristianismo (primitivo, medieval e moderno) e sociedade moderna secularizada.

Ressalta-se que, não obstante esses períodos históricos, afirma-se que a medicina ao redor do mundo se baseava, fundamentalmente, no empirismo e na magia, prevalecendo um ou outro, dependendo do momento ou do local (RASINES, 2015). Relata-se que houve uma intensa busca pelo protagonismo do paciente na tomada de decisões médicas, muitas vezes



caracterizada pelo conflito entre autonomia e saúde, entre os valores do paciente e os valores do médico (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Há quem procure reduzir o domínio do médico, defendendo um ideal de maior controle dessa relação pelo paciente. Outros, porém, questionam este ideal, porque ele fracassaria ao não reconhecer a natureza potencialmente desequilibrada da interação médico-paciente, quando uma parte está doente e busca segurança, e falharia também no momento em que os julgamentos envolvem a interpretação de informações técnicas. Existem, ademais, aqueles que ainda estão tentando delinear uma abordagem mais recíproca nessa relação (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Essa luta molda as expectativas de médicos e pacientes, bem como os padrões éticos e legais para os deveres do médico, o consentimento informado e a assistência médica negligente. Sendo assim, isso induziria à indagação sobre qual seria a relação ideal entre médico e paciente (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

De acordo com Veatch (1972), há quatro modelos de relação médico-paciente. O primeiro deles seria o modelo de engenharia. Segundo o autor, um dos impactos da revolução biológica é a produção cientista médico, que, frequentemente, comporta-se como um cientista aplicado, que deve se distanciar de todas as considerações de valor. Assim, no modelo de engenharia, o médico apresenta todos os fatos ao paciente e permite que este faça as escolhas que melhor entender. O médico pretende afastar-se, portanto, de todas as considerações éticas e de valor que decorrem do processo de tomada de decisão, assemelhando-se a um engenheiro, que, segundo Veatch (1972), exerce o seu ofício sem perguntas sobre ética.

No modelo engenheiro, portanto, o poder de decisão concentra-se nas mãos do paciente, e o médico assume o papel de repassador de informações e executor das ações sugeridas pelo paciente. O médico preserva apenas a sua autoridade, já que o poder decisório é exercido pelo paciente (GOLDIN; FRANCISCONI, 1999). Emanuel e Emanuel (1992) aduzem que, nesse modelo, a concepção de autonomia do paciente é o controle deste sobre a tomada de decisões médicas.

Ao contrário do modelo anterior, o modelo sacerdotal torna o médico um novo sacerdote, sendo que a relação médico-paciente é alçada a um status religioso. O princípio ético que resume a tradição sacerdotal médica é beneficiar e não prejudicar o paciente. Contrariar esse princípio é como contraria a paternidade (VEATCH, 1972).



Nesse modelo, a interação médico-paciente garante que os pacientes recebam as intervenções que melhor promovam sua saúde e bem-estar. Para isso, os médicos usam suas habilidades para determinar a condição médica do paciente e seu estágio no processo da doença, identificando exames e tratamentos médicos que possuam maior probabilidade de restaurar a saúde do paciente ou melhorar a sua dor (EMANUEL; EMANUEL, 1992). Em seguida, o médico apresenta as informações por ele selecionadas e que irão incentivar o paciente a consentir com a intervenção que o médico considera melhor. Em uma situação considerada extrema, o médico informa o paciente, de maneira autoritária, quando a intervenção será iniciada (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Por sua vez, o denominado modelo paternalista ou sacerdotal assume que há critérios objetivos compartilhados para determinar o que é melhor para o paciente. Assim, cabe ao médico definir qual será o procedimento em relação ao paciente, resguardando o interesse deste, ao mesmo tempo em que limita a sua participação (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

O médico, segundo o modelo paternalista, espera que, ao final, o paciente seja grato por todas as decisões por ele tomadas, tendo concordado ou não com elas no momento da intervenção. Na tensão entre a autonomia e o bem-estar do paciente, entre escolha e saúde, o modelo paternalista enfatiza a segunda opção (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

A concepção de autonomia do paciente em relação ao modelo paternalista ou sacerdotal é oriunda do consentimento do paciente, no momento ou mais tarde, às determinações do médico sobre o que é melhor (EMANUEL; EMANUEL, 1992). A paternidade tem sido um símbolo alternativo para o modelo sacerdotal, de acordo com Veatch (1972), sendo que a literatura clássica sobre sociologia médica utiliza a imagem pai-filho como uma analogia para a relação médico-paciente.

Esse paternalismo no campo dos valores decorrente do modelo sacerdotal e que está representado pelo *slogan* moral “beneficiar e não fazer mal ao paciente”, afasta o lócus da tomada de decisões do paciente e o transfere para as mãos do médico. Quando isso ocorre, destrói-se ou, pelo menos, minimiza-se os outros temas morais essenciais a um sistema ético mais equilibrado (VEATCH, 1972).

Veatch (1972) adverte que, embora um grupo profissional possa afirmar o princípio da beneficência como adequado para uma ética da profissão, é preciso levar em consideração que a sociedade, em geral, possui um conjunto muito mais amplo de normas éticas, podendo surgir, dessa situação, um conflito no qual o médico é colocado em uma desconfortável



posição de ter que decidir se sua lealdade será dedicada às normas de seu grupo profissional ou às da sociedade em geral.

Esse conjunto maior de normas éticas consideradas pela sociedade seria composto, primeiramente, pela disposição “produza o bem e evite danos”. Fora da tradição kantiana, ninguém exclui o dever moral de produzir o bem e evitar danos por completo (VEATCH, 1972). Algumas pessoas separam a promoção do bem e evitar o mal em dois princípios diferentes, atribuindo peso moral maior a este último, sendo que na tradição da ética médica profissional isso também é observado (VEATCH, 1972).

Entretanto, é preciso entender que, em meio a um conjunto de normas éticas usadas universalmente na sociedade em geral, produzir o bem e evitar danos, situa-se em um contexto muito mais amplo e torna-se apenas um componente de um conjunto maior de obrigações morais (VEATCH, 1972).

A segunda norma ética socialmente estabelecida consiste na proteção da liberdade individual, tratada como um valor fundamental societário. Nesse contexto, a liberdade individual do médico e do paciente deve ser protegida, ainda que pareça que algum dano será causado no processo (VEATCH, 1972).

Por essa razão, pacientes legalmente capazes têm a permissão social para recusar transfusão de sangue ou outros tipos de assistência médica, mesmo quando a maioria entenda que isso será um grande prejuízo (VEATCH, 1972). A autoridade sobre o que constitui dano ou bem não pode ser atribuída a um grupo particular de indivíduos. Fazer isso seria cometer o equívoco de generalizar os conhecimentos (VEATCH, 1972).

A terceira norma ética diz respeito à preservação da dignidade individual. A liberdade individual de escolha e controle sobre a própria vida e corpo contribui para essa dignidade. Muitas das etapas de hospitalizações, cuidados e manutenção do paciente, particularmente pacientes gravemente enfermos, são um assalto a essa dignidade atualmente (VEATCH, 1972).

Segundo Veatch (1972), não é de se admirar que muitos prefiram voltar para suas próprias casas para morrer, por serem detentores de um senso de poder e dignidade. Tem-se, ainda, a obrigação ética de contar a verdade e manter as promessas que, embora pareçam tradicionais, mantiveram seu lugar na ética porque são vistas como essenciais para a qualidade dos relacionamentos humanos (VEATCH, 1972).



Veatch (1972) assevera que é perturbador ver esse elemento ético fundamental da interação humana comprometido, minimizado e, muitas vezes, eliminado, com a alegação de, supostamente, não prejudicar o paciente.

Outra maneira pela qual as normas éticas da sociedade em geral vão além da preocupação em ajudar e não prejudicar o paciente é insistindo em uma distribuição justa dos serviços de saúde (VEATCH, 1972).

Veatch (1972) aduz que a revolução social aumentou a preocupação com a igualdade na distribuição de serviços básicos de saúde e, se estes são um direito, então constituem direito para todos. É insuficiente produzir casos individuais de boa saúde ou mesmo melhores indicadores de saúde. A saúde daqueles que foram desacreditados deve ser mantida ou restaurada com prioridade.

No intuito de desenvolver um equilíbrio mais adequado entre o modelo de engenharia e o modelo sacerdotal, que permitisse preservar os demais valores e obrigações fundamentais, foi desenvolvido o modelo colegial, segundo o qual médico e paciente deveriam se ver como colegas em busca do objetivo comum de eliminar a doença e preservar a saúde da população (VEATCH, 1972).

Assim, o modelo colegial não diferencia os papéis exercidos pelo médico e pelo paciente, uma vez que o processo de tomada de decisão é de alto envolvimento, não existindo a delimitação da autoridade do médico como profissional, sendo o poder compartilhado de forma igualitária (GOLDIM; FRANCISCONI, 1999).

Veatch (1972) afirma que o modelo colegial é uma maneira muito agradável e harmoniosa de interagir com o ser humano, pois há uma igualdade de dignidade e respeito, uma igualdade de contribuições de valor, ausente nos modelos anteriores.

Por último, tem-se o modelo de relacionamento social denominado de contratual. Aqui, a noção de contrato não está vinculada a questões legalistas, mas é considerado de forma mais simbólica, a exemplo do contrato matrimonial (VEATCH, 1972).

No modelo contratual, as normas básicas de liberdade, dignidade, de dizer a verdade, cumprir promessas e buscar a justiça são essenciais para um relacionamento adequado, tendo como premissa a confiança (VEATCH, 1972).

Goldim e Francisconi (1999) afirmam que o modelo contratualista estabelece que o médico conserva a sua autoridade, em razão dos seus conhecimentos e habilidades específicas, assumindo, assim, a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O



paciente, por sua vez, também participa de maneira ativa desse processo decisório, exercendo seu poder conforme o seu estilo de vida e valores morais e pessoais.

Dessa forma, no modelo contratualista, a tomada de decisões acontece no contexto de efetiva troca de informações, tendo por fundamento o compromisso firmado entre as partes envolvidas (GONDIM; FRANCISCONI, 1999).

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A BIOÉTICA E SEUS PRINCÍPIOS

Garrafa (2005) assevera que a Bioética tenha surgido, concretamente, no início dos anos 1970 nos Estados Unidos, expandindo-se para a Europa e, logo depois, para as demais partes do mundo. Os fatos eleitos como marcos oficiais do nascimento do termo e do conceito de Bioética são a publicação de um artigo denominado “Bioethics, Science of survival” e, em seguida, do livro “Bioethics: Bridge to the Future” (Bioética: ponte para o futuro) por Van Rensselaer Potter em 1970 e a criação do Instituto Kennedy de Ética na Universidade Georgetown, em 1971, por André Hellegers (HOSSNE *et al.*, 2010).

Potter (1971, p. 69) definiu a Bioética como sendo “uma questão ou compromisso mais global frente ao equilíbrio e preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a vida do Planeta [...]”. Dessa maneira, em seu significado original, a Bioética tinha relação com uma questão de ética global, isto é, demonstrava uma preocupação ética com a preservação futura do planeta, a partir da verificação de que determinadas descobertas e suas aplicações, não obstante proporcionassem benefícios para os homens e para o seu futuro, trouxeram consigo preocupações, em virtude do seu potencial de destruição do meio ambiente e seus elementos (GARRAFA, 2005).

Para esta investigação, é importante que se compreenda a teoria principialista, criada por Tom Beauchamp e James Childress, a partir do denominado “Relatório Belmont” e, posteriormente, explicitada no livro *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979 (GARRAFA, 2005).

Essa teoria tem como fundamento quatro princípios básicos e tradicionais, que são a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, os quais configuram um instrumento acessível e prático para a análise de conflitos que surgem na esfera bioética (GARRAFA, 2005). De acordo com Beauchamp (2016), todos os princípios podem, em



alguns contextos, serem justificadamente substituídos por outras normas morais com as quais eles entrem em conflito.

Assim, princípios, deveres e direitos não são absolutos ou incondicionais simplesmente porque são universalmente válidos. Na ética, assim como na lei, não há como fugir de um exercício de julgamento na utilização de princípios em resolução de conflitos morais (BEAUCHAMP, 2016).

Em alguns contextos limitados como, por exemplo, na ética religiosa e na ética profissional, pode ser que se precise desenvolver um sistema moral altamente estruturado ou um conjunto de diretrizes nas quais uma determinada classe de direitos ou princípios tenha uma prioridade fixa sobre outras (BEAUCHAMP, 2016).

Entretanto, ressalta Beauchamp (2016) que nenhuma teoria moral ou código de ética profissional apresentou, com êxito, um sistema de princípios morais livre de conflitos e exceções. A escolha desses quatro grupos gerais de princípios morais como uma estrutura para a tomada de decisões morais em bioética deriva, em grande medida, de papéis e tradições profissionais, baseando-se em séculos de tradição em ética médica (BEAUCHAMP, 2016).

Os princípios da não maleficência e da beneficência sempre tiveram um papel fundamental na história da ética médica, ao passo que os princípios da autonomia e da justiça foram negligenciados e somente auferiram destaque recentemente (BEAUCHAMP, 2016).

Todos os quatro princípios são necessários para que se forneça uma estrutura abrangente para a ética biomédica (BEAUCHAMP, 2016). Dito isso, iniciar-se-á a exposição dos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

a) Princípio do respeito à autonomia

Afirma-se que autonomia é uma palavra oriunda do grego, composta por *autos*, que significa próprio, o mesmo, por si mesmo, e *nomos*, com o sentido de regra, governo, lei, norma, tendo sido utilizada, inicialmente, para se referir à autogoverno de cidades-estados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A partir desse momento, o termo autonomia teria adquirido diversos sentidos, sendo estendido aos indivíduos, com significados de direitos de liberdade, autogoverno, escolha individual, liberdade de vontade, oscilando conforme o contexto considerado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Para Beauchamp (2016), a autonomia é descrita



como auto-regra, livre de controle ou interferência por outros indivíduos e livre de limitações que possam impedir a escolha individual. Sendo assim, as duas condições básicas da autonomia são a liberdade, ou seja, a ausência de influências controladoras, e a capacidade de ação intencional.

Respeitar um indivíduo autônomo é reconhecer, adequadamente, as capacidades e perspectivas da pessoa, incluindo o seu direito de manter determinadas visões, fazer certos tipos de escolhas, bem como realizar certas ações com fundamento em valores e crenças pessoais (BEAUCHAMP, 2016).

O princípio do respeito à autonomia contém uma obrigação negativa e outra positiva. A primeira afirma que ações autônomas não devem ser submetidas a restrições por terceiros. A obrigação positiva diz respeito à necessidade de trocas de informações respeitosas e apropriadas, além da adequação das ações que permitam a tomada de decisão autônoma (BEAUCHAMP, 2016).

É preciso que se diga que o desrespeito a esse princípio envolve atitudes e ações que ignoram, insultam, humilham ou desatendem os direitos de autonomia das outras pessoas. Porém, afirma-se o princípio do respeito à autonomia não teria nenhuma prioridade sobre os demais princípios, ao contrário do que muitos alegam (BEAUCHAMP, 2016).

b) Princípio da não maleficência

O princípio da não maleficência é o melhor exemplo de um princípio secular de ética médica. Afirma-se que os indivíduos são obrigados a abster-se de causar danos a outras pessoas. Associado à ética médica hipocrática, esse princípio foi tratado como efetivamente idêntico à célebre máxima “Primum non nocere”, que quer dizer que, acima de tudo, não faça mal (BEAUCHAMP, 2016).

Diversos teóricos afirmam que o princípio da não maleficência é um elemento do princípio da beneficência, uma vez que deixar de provocar o mal intencional seria o mesmo que fazer o bem (WANSSA, 2011). Ross (2007) considera que a não maleficência é o primeiro passo para que se reconheça a beneficência, reconhecendo-o como distinto, bem como mais vinculativo que este.

Ademais, o princípio da não maleficência também foi mencionado como parte da beneficência no Relatório Belmont, publicado em 1978, sendo entendido como uma dupla



obrigação, isto é, a de não causar danos e a de maximizar o número de possíveis benefícios, minimizando, por outra parte, os prejuízos (WANSSA, 2011).

c) Princípio da beneficência

Consoante Beauchamp (2016), nenhuma exigência moral imposta aos médicos é mais importante que a beneficência no atendimento dos pacientes. Beneficência é um valor fundamental na ética em saúde.

A beneficência, etimologicamente, *bene-facere*, que dizer fazer o bem, sendo necessário distinguir da benevolência, a qual diz respeito a questões de caráter ou virtude, relacionada à disposição de agir com bondade (SILVA, 2010). Esse princípio exige que os danos sejam evitados, que as condições causadoras destes sejam removidas e que se promova o bem de outras pessoas. Aqueles que exercem a prática de atividade médicas, a pesquisa e a saúde pública sabem que os riscos de danos decorrentes de intervenções geralmente devem ser ponderados em relação aos possíveis benefícios para os pacientes (BEAUCHAMP, 2016).

Nesse mesmo sentido, aduz Silva (2010) que o princípio da beneficência é retomado pelo direito e pela deontologia, por meio de maiores ou menores exigências, sendo considerado uma das exigências das profissões de saúde. Quer dizer aplicar os recursos médicos para curar, aliviar os sofrimentos, melhorar o bem-estar.

Assim, beneficência é considerada, simultaneamente, um dever, uma virtude, um princípio e um valor. Como dever está ligada diretamente a uma obrigação moral ou a uma norma; a virtude relaciona-se a uma atitude interior; como princípio, caracteriza-se como inspiração e legitimação; e como valor, trata-se de um objetivo a ser alcançado (SILVA, 2010).

As regras de beneficência geralmente exigem mais dos indivíduos do que o princípio da não maleficência, uma vez que os agentes devem agir para ajudar, e não apenas abster-se de prejudicar, conforme preceitua o princípio da não maleficência (BEAUCHAMP, 2016).

Beauchamp e Childress (2013) asseveram que a beneficência é constituída por dois princípios: o primeiro refere-se à beneficência positiva e o segundo à utilidade. A beneficência positiva exige que os agentes forneçam benefícios para os outros. Por sua vez, o utilitarismo requer que os agentes equilibrem benefícios, riscos e custos para a produção de melhores resultados em geral.



d) Princípio da justiça

Os termos equidade, merecido e direito foram todos usados por filósofos como um fundamento para explicar o termo justiça. Seu objetivo inclui políticas que alocam diversos benefícios e encargos, como propriedade, recursos, tributação, privilégios e oportunidades (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

O princípio da justiça baseia-se na máxima aristotélica de tratar de maneira igual os iguais, de forma imparcial e proporcional na distribuição dos tratamentos de saúde. Deve haver uma relação igualitária nos riscos, encargos e benefícios no tratamento da saúde do paciente (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Tratar de maneira igualitária significa a disponibilização da prática dos resultados das pesquisas em benefício da sociedade, distribuir as verbas disponíveis para a pesquisa de modo justo, com a finalidade de assegurar sua realização e aprimoramento de conhecimento científico (MABTUM; MARCHETTO, 2015). O princípio da justiça não afirma que todos sejam tratados de forma idêntica, mas que aqueles que possuem necessidades iguais devem receber oportunidades iguais, sem discriminação ou favorecimento (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Diante dos princípios elencados, recomendava-se aos profissionais da saúde ou pesquisadores que, no decorrer das suas práticas, respeitassem a liberdade individual para decidir acerca dos aspectos de sua condição de vida (autonomia); que não fosse efetuado qualquer tipo de intervenção que prejudicasse os indivíduos, através da abstenção de práticas nocivas (não maleficência); que buscassem agir sempre no intuito de fazer o bem (beneficência); e que desenvolvessem suas práticas sem discriminação, de maneira justa (justiça) (GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

Dessa maneira, a denominada bioética principialista é amplamente utilizada e exerce significativa influência sobre os estudiosos da área da saúde (GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

Historicamente, a aplicação dos princípios da beneficência e da não maleficência no cotidiano do exercício profissional fundamentou-se, diversas vezes, no paternalismo, ante a irrefutável diferença de saberes sobre diagnóstico, tratamento e cura entre o médico e o paciente (WANSSA, 2011).



Sendo assim, é preciso compreender como se estrutura o paternalismo médico, uma vez que ele exerce influência nas tomadas de decisão que pressupõem a valoração dos princípios bioéticos.

2.1 Paternalismo médico

O termo paternalismo é oriundo do modelo familiar patriarcal, no qual o pai exercia o poder perante todas as escolhas dos integrantes dessa instituição, especialmente no que concerne aos filhos (WANSSA, 2011).

No decorrer da história da ética médica, os princípios da não maleficência e da beneficência fundamentaram as bases da relação paternalista médico-paciente, entendendo-se paternalismo médico como a conduta que o médico tem perante o paciente com o intuito de beneficiá-lo, porém sem o seu consentimento (WANSSA, 2011).

Dessa forma, desde a tradição médica hipocrática, afirma-se que o paternalismo é atitude própria do profissional da saúde, mais especificamente dos médicos, os quais, até recentemente, mais precisamente na década de 60 do século passado, exerciam seu poder “autoritário” sobre o paciente, usuário dos serviços de saúde (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017).

Beauchamp e Childress (2013) definem paternalismo como a substituição intencional das preferências ou ações de outra pessoa, na qual a pessoa que substitui justifica essa ação sob o argumento de que haverá benefício ou com o fim de impedir danos à pessoa cujas preferências ou ações são substituídas.

O paternalismo, segundo Beauchamp e Childress (2013), possui duas vertentes. A primeira, seria a do paternalismo suave, no qual um agente intervém na vida de outra pessoa por razões de beneficência ou não maleficência, com o objetivo de impedir uma conduta substancialmente não voluntária.

Como ações substancialmente involuntárias são incluídos casos como consentimento ou recusa mal informados, depressão severa que dificulta a deliberação racional e o vício, impeditivo de uma escolha e ação livres (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Por sua vez, tem-se o paternalismo duro, que envolve intervenções destinadas a prevenir ou mitigar danos ou beneficiar uma pessoa, não obstante as suas escolhas e ações arriscadas serem informadas, voluntárias e autônomas. Um paternalista rígido restringirá as



formas de informação disponíveis para a pessoa ou substituirá as escolhas informadas e voluntárias da pessoa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

As ações paternalistas suaves, conforme Beauchamp e Childress (2013), são moralmente complicadas, em grande parte, devido à dificuldade para determinar se as ações de uma pessoa são substancialmente não-autônomas, bem como em saber quais os meios de intervenção apropriados.

Ademais, Beauchamp e Childress (2013) observam que, no desenvolvimento contínuo das relações médico-paciente, não estão definidos os limites entre as formas paternalistas descritas, e assinalam que o problema do paternalismo reside no devido equilíbrio entre os princípios da beneficência médica e a da autonomia do paciente.

3 RESOLUÇÃO DO CFM N.º 2.232/2019 E O EXERCÍCIO DA RECUSA TERAPÊUTICA DA GESTANTE

Conforme já aduzido no início desta pesquisa, a Resolução do CFM n.º 2.232/2019 foi elaborada com a finalidade de estabelecer “normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente” (CFM, 2019). Contudo, tal ato normativo foi alvo de inúmeras críticas, principalmente no que concerne à possibilidade de recusa terapêutica manifestada pela pessoa gestante, uma vez que teria restringido esse exercício.

Na esfera jurídica, isso se refletiu no ajuizamento, pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 642, cuja relatoria pertenceu ao Ministro Luiz Edson Fachin. Alegou-se que o Conselho Federal de Medicina não teria competência para criar normas a respeito dos direitos dos pacientes, uma vez que isso extrapolaria as disposições constitucionais e legais vigentes no país (BRASIL, 2019).

Assim, não caberia ao CFM, sob o pretexto de regular a profissão médica, impor limitações sobre os direitos constitucionais assegurados aos indivíduos, tais como o direito à dignidade, à autonomia, à liberdade de consciência e crença e à integridade física e psíquica no acesso à saúde (BRASIL, 2019).

Afirmou-se que a expressão recusa terapêutica não estaria presente na Constituição Federal e em qualquer outra legislação nacional ou tratado internacional ratificado pelo Brasil sobre direitos civis e políticos ou sobre direitos fundamentais vinculados ao acesso à saúde.



Porém, aduziu-se que essa ausência não significaria que a inexistência de parâmetros para tratar sobre o tema (BRASIL, 2019).

A utilização do termo e enquadramento oferecido pelo Conselho Federal de Medicina em relação à recusa terapêutica poderia sugerir que a submissão a tratamentos médicos seria a regra e quase o dever de todos os indivíduos, enquanto, em outra via, a possibilidade de abster-se à realização desses tratamentos seria uma exceção, a ser autorizada pelo médico, de acordo com critérios restritos estipulados pela entidade corporativa (BRASIL, 2019).

Ocorre que essa interpretação seria absolutamente incompatível com a Constituição Federal e os fundamentos do Estado democrático de direito, uma vez que se reconhecera a dignidade da pessoa humana, entendida, no contexto tratado, como a viabilidade que o indivíduo possui de tomar decisões autônomas e eticamente relevantes a respeito da própria vida, saúde e integridade (BRASIL, 2019).

No que diz respeito à capacidade decisória das mulheres e das pessoas que possam gestar¹, o parágrafo 2º do artigo 5º da Resolução CFM n.º 2.232/2019 teria inovado, de forma inconstitucional e ilegal, ao estabelecer uma situação excepcional em que esses indivíduos não estariam amparados pela proteção à dignidade da pessoa humana, à integridade física e psicológica, à autonomia e à vedação ao tratamento forçado e tortura no acesso à saúde (BRASIL, 2019).

Isso porque o *caput* do artigo 5º da referida resolução indicaria que a recusa terapêutica “não deve ser aceita” em caso de abuso de direito; o parágrafo 2º prevê, de maneira vaga, que “o ato de vontade da mãe”², pode “caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto”. Ocorre que não haveria nenhuma definição do que seria essa situação de abuso de direito em relação à gravidez (BRASIL, 2019).

Dessa maneira, concluiu-se que o médico se encontraria autorizado a tomar uma decisão de tratamento forçado a qualquer momento do processo gravídico, caso considere, individualmente e sem fundamento em critério ou procedimento externo, que existe uma situação de abuso de direito (BRASIL, 2019). De acordo com a petição analisada, não

¹ A petição da ADPF n. 642/DF destacou que, “Além das mulheres que se identificam com tal gênero, outras pessoas que não necessariamente se identificam com o gênero feminino também podem engravidar, como pessoas transexuais ou não-binárias, motivo pelo qual, ao se falar de gravidez, deve-se sempre buscar incluí-las” (BRASIL, 2019, p. 33).

² Aqui, também, a petição inicial adverte que o termo “mãe”, adotado pela resolução, é substituído pelo termo “mulher grávida”, que seria mais adequado para definir mulheres no processo de gestação (BRASIL, 2019, p. 33).



existiria, no texto constitucional, a previsão de que mulheres, durante o processo reprodutivo, seriam merecedoras de tratamento distinto aos homens ou mesmo outras mulheres que se encontram em outras fases da vida (BRASIL, 2019).

Nesse viés, é possível asseverar que as alegações contidas na ADPF refletem questões bioéticas extremamente relevantes e que merecem ser objeto de análise e discussão, relacionadas, principalmente, à autonomia da mulher, à relação médico-paciente e ao paternalismo médico, bem como aos demais princípios da Bioética.

Em relação ao tema, Engelhardt (1998) expressa que esses questionamentos bioéticos decorriam de uma série de casos nos quais as mulheres foram obrigadas a submeter-se a operações cesarianas para preservar a vida ou a saúde do feto. Um deles, seria o caso *Jessie Mae Jefferson v. Griffin Spalding County Hospital Authority*, no qual a Corte Suprema do Estado da Geórgia ordenou uma operação cesariana. Tratava-se de uma mulher com placenta prévia e que estava em sua trigésima nona semana de gestação. Ocorre que ela era integrante da Igreja Batista Shiloh Sanctified Holiness, de Butts County, Geórgia, o que a conduziu, em razão das suas crenças religiosas, à recusa da cirurgia. Porém, sabia-se que o parto normal poderia resultar em uma grande hemorragia (ENGELHARDT, 1998).

Diante das provas apresentadas ao tribunal, segundo as quais o feto tinha 99% e a mulher 50% de possibilidade de não morrer, decidiu-se pela realização da operação cesariana. Não obstante essa decisão, a mulher teve parto normal, sem dificuldade alguma (ENGELHARDT, 1998). Em 1948, ante a elaboração da Declaração Universal de Direitos Humanos e, posteriormente, a edição de diversas normas direcionadas aos direitos do paciente, entre os quais estão, por exemplo, a autodeterminação, novos desafios emergiram na prática médica (WANSSA, 2011).

Nesse cenário, o princípio do respeito à autonomia do paciente tem adquirido crescente importância nos debates atuais sobre bioética. Esse princípio, conforme já explicitado, reconhece que todas as pessoas são capazes de determinar o seu próprio destino e, por isso, o direito de agir de maneira livre, conforme sua própria consciência e valores morais (WANSSA, 2011).

Dessa maneira, observa-se que o princípio da autonomia ou do respeito às pessoas exige que se aceite que elas se autogovernem, isto é, sejam autônomas nas suas escolhas ou nos seus atos (CLOTET, 1993).



O princípio da autonomia requer, ainda, que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, bem como os seus valores morais e crenças, reconhecendo, assim, o domínio do paciente sobre a sua própria vida e respeitando a sua intimidade (CLOTET, 1993).

O indivíduo é o principal ator nas relações bioéticas e jurídicas e, em virtude disso, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, publicada em 2005, determina que a autonomia deve ser respeitada. A pessoa será livre para decidir sempre que sua responsabilidade individual puder ser considerada e sua conduta respeitar a autonomia das demais pessoas (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Entretanto, afirma-se que a autonomia individual se sujeita a diversas regras éticas, morais, culturais e religiosas impostas pela sociedade, desde que o sujeito as reconheça como legítimas. Dessa forma, diante da necessidade de promoção da autonomia do paciente, compete ao médico prover a informação, assegurar a compreensão e garantir a livre adesão dele ao tratamento sugerido (WANSSA, 2011).

A autonomia do indivíduo só pode ser resguardada na medida em que, em procedimentos médicos preventivos, diagnósticos ou terapêuticos, houver manifestação antecipada de vontade, por um consentimento livre e esclarecido dele. Ressalte-se que o consentimento só é considerado válido se a informação for adequada, uma vez que só dessa maneira será capaz de manifestar seu consentimentos (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

O consentimento, portanto, deve ser livre, voluntário, consciente, sem vícios ou erros. Além disso, não pode ser obtido mediante práticas de coação física, psíquica ou moral, ou através de simulação ou práticas enganosas, bem como por meio de quaisquer outras práticas manipulatórias que impeçam a livre manifestação da vontade pessoal (FORTES, 1994).

No que tange à decisão da pessoa gestante sobre a quais procedimentos médicos emitirá seu consentimento para a eles se submeter, em especial no que diz respeito ao parto, afirma-se que esse processo decisório tem sofrido interferências, principalmente em virtude da atitude paternalista do médico (MACEDO; ARRAES, 2013).

De acordo com o transcurso histórico, os avanços da medicina e das tecnologias permitiram um conhecimento aprofundado do processo parturitivo, o que atenuou a mortalidade materno-infantil. Assim, o parto deixou de ser tratado como um evento meramente fisiológico para adquirir um viés patológico, passando o médico a exercer o papel



principal nesse processo, relegando à mulher uma atuação secundária e passiva (MACEDO; ARRAES, 2013).

Assim, o conhecimento biomédico teria conseguido realizar a objetificação do corpo feminino, considerando-o imperfeito, impreciso, ambíguo e, diversas vezes, impuro (MÜLLER *et al*, 2014). Assim, desenvolveu-se um modelo de assistência obstétrica pautado na lógica do risco e da incerteza, o que justificaria a classificação da gravidez como uma patologia, contribuindo para a necessidade de inúmeras intervenções presentes atualmente no exercício da obstetrícia brasileira (MÜLLER *et al*, 2014).

Contudo, essa circunstância passou a ser questionada, exigindo-se, cada vez mais, o reconhecimento da autonomia da paciente como pessoa humana (MACEDO; ARRAES, 2013). Segundo Ferrari (2009), a autonomia pressupõe o direito de escolha com fundamento na informação repassada de maneira transparente, clara e verdadeira por profissionais responsáveis e comprometidos, que estejam atentos à obrigação ética de tornar a pessoa gestante verdadeiramente competente para a tomada de decisão.

Conceder à gestante o direito de optar pela via de parto, por exemplo, constitui um avanço rumo à liberdade, instrumento consolidador da dignidade da pessoa humana, que une a todos ao redor do eixo vertebral da sociedade pluralista (FERRARI, 2009). O Conselho Federal de Medicina alegou, no âmbito da ADPF n.º 642, que a edição da Resolução n.º 2.232/2019 teria como principal objetivo resguardar a autonomia do paciente e de sua vida, bem como, por consequência, a saúde da população (BRASIL, 2019).

O referido Conselho informou, também, que pretendia evitar que a ampla liberdade ou autonomia do cidadão viesse a prejudicá-lo, principalmente quando houvesse o confronto com outro direito fundamental relevante, como seria o direito à vida (BRASIL, 2019).

Advertiu que a norma impugnada pela ADPF n.º 642 seria voltada para a atuação do médico, o qual, no exercício de sua profissão, poderia se deparar com situações “cinzentas” e/ou “limítrofes”, isto é, nas quais não haveria segurança jurídica para certos procedimentos (BRASIL, 2019). Independentemente do resultado do julgamento da ADPF n.º 642, considera-se que será necessário um juízo de valor para definir quais princípios incidirão na recusa terapêutica da pessoa gestante.

CONCLUSÃO





Como restou demonstrado, as questões bioéticas que permeiam o exercício da recusa terapêutica pela pessoa gestante são inúmeras e possuem a capacidade de fazer o indivíduo refletir sobre quais princípios devem prevalecer, autonomia/liberdade da pessoa grávida ou direito à vida do feto.

Os princípios da beneficência e não maleficência fundamentaram, no decorrer da história humana, o desenvolvimento da atividade médica. Disso resultou a sedimentação do paternalismo, no qual a relação médico-paciente se configurou como se fosse a relação de pai-filho.

Ao médico, com seu discurso de autoridade e detentor de conhecimentos e técnicas não disponíveis para as demais pessoas, atribuiu-se a capacidade de tomar decisões em relação ao paciente, em detrimento, muitas vezes, da autonomia e liberdade deste.

Quanto às pessoas gestantes, percebe-se que o parto passou de uma concepção natural, na qual elas eram as protagonistas do processo, para um viés patológico, sendo encarado, então, pelos profissionais de saúde como uma situação na qual eles atuam ativamente e, à gestante, resta uma função secundária.

Ao editar a Resolução n.º 2.232/2019, o Conselho Federal de Medicina alegou que assim o fez com o fim de proteger o feto e, por consequência, o seu direito à vida, quando a mãe atuar com abuso de direito.

Ocorre que, para saber o que é abuso de direito, seria necessário, minimamente, que o médico fosse capaz de identificá-lo e caracterizá-lo de maneira segura e inquestionável, algo que é improvável que o faça. Por outro lado, obrigar a pessoa gestante a se submeter a tratamentos com os quais não concorde afronta princípios bioéticos que são muito caros e que se destinam à proteção dos indivíduos.

Assim, percebe-se que os conflitos bioéticos que envolvem o contexto descrito nesta investigação não são de fácil resolução e merecem uma profunda reflexão.



REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, Tom Lamar. The Principles of Biomedical Ethics as Universal Principles. **Islamic Perspectives on the Principles of Biomedical Ethics**, v. 1, september, 2016. Disponível em: < <https://www.worldscientific.com>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

_____; CHILDRESS, James Franklin. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 2013.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF n. 642**. 2019. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5839268>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniela Rezende de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 115, p. 13-45, jul./dez. 2017.

CFM. **Resolução CFM n.º 2.232**, de 16 de setembro de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CLOTET, Joaquim. Por que Bioética? **Revista Bioética**, v. 1, n. 1, 1993. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/474>. Acesso em: 15 jul. 2020.

EMANUEL, Ezekiel Jonathan; EMANUEL, Linda Leah. Four models of the Physician-Patient Relationship, **JAMA**, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, abr. 22/29, 1992. Disponível em: <<https://medicinainternaucv.files.wordpress.com/2013/02/cuatro-modelos-de-relacic3b3n-m-p.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ENGELHARDT, Hugo Tristram. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.





ENTRALGO, Pedro Laín. **La relación médico-enfermo**: historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente; 1964. Disponível em:
<<http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmctf0g8>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

FERRARI, José. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, 2009. Disponível em: <
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/512/513>. Acesso em: 15 jul. 2020.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Revista Bioética**, v. 2, n. 2, 1994. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/31>. Acesso em: 15 jul. 2020.

GARRAFA, Volnei. Apresentando a Bioética. **Universitas FACE**, v. 3, n. 1, 2005/2006. Disponível em: < <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/face/article/view/118>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

_____; MARTORELL, Leandro Brambilla; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. Críticas ao principlismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Saúde soc.**, v.25, n. 2, p. 442-451, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902016000200442&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Modelos de relação médico-paciente**. 2000. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/modelos/htm>. Acesso em: 15 jul. 2020.

HOSSNE, William Saad et al. Bioética aos 40 anos: reflexões a partir de um tempo de incertezas. **Revista Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 2, p. 130-143, 2010. Disponível em: < <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/76/130a143.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. Concepções teóricas sobre bioética, biodireito e dignidade humana. *In: O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 17-51. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 15 jul. 2020.

MACEDO, Juliana Gabiatti; ARRAES, Roosevelt. Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. *In: JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE*, 7., 2013, Curitiba. **Anais...** Curitiba, 2013. Disponível em:



<<http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/AUTONOMIA-DA-GESTANTE-NA-ESCOLHA-DE-PARTO.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MARQUES FILHO, José; HOSSNE, William Saad. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia, **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 304-10, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0304.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MÜLLER, Elaine, et al. Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **Revista de Estudos AntiUtilitaristas e PosColoniais**, v. 4, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics: Bridge to the Future**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

RASINES, Susana Gómez-Ullate. **Derechos humanos, Bioética y Derechos de los pacientes**. 455 f. Tesis (Doctoral) – Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2015. Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/tablas/r38061.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ROSS, William David. **The right and the good**. New York: Oxford University Press Inc., 2007.

SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. **Rev. Bras. Saude Mater**, v.10, n.2, p. 419-425, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2020.

VEATCH, Robert M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. **The Hastings Center Report**, v. 2, n. 3, p. 5–7, 1972. Disponível em: <www.jstor.org/stable/3560825>. Acesso em: 15 jul. 2020.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia *versus* beneficência. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/38>. Acesso em: 15 jul. 2020.

i