

ARQUIVO JURÍDICO

REVISTA JURÍDICA ELETRÔNICA DA UFPI



ISSN
2317-918X

V. 9, N. 2
JUL/DEZ 2022

QUALIS
B2

O PAPEL DO MÉDICO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO NO PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA

Caroline de Carvalho Leitão Hidd

Auditora de controle externo (área jurídica) do Tribunal de Contas do Estado do Piauí.
Advogada. Especialização em Direito Constitucional e Controle Externo na
Administração Pública pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Mestranda em Direito
pela UFPI.

Éfren Paulo Porfírio de Sá Lima

Professor Adjunto de Direito Civil do Departamento de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal do Piauí. Professor Permanente e Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Piauí, Doutor (*sobresaliente cum
laude*) em Direito Privado pela Universidade de Salamanca. Grau de Salamanca
(*sobresaliente cum laude*) em Direito Privado. Diploma de Estudos Avançados em
Direito Privado pela Universidade de Salamanca.

Resumo: O presente estudo analisa a aplicação da teoria do consentimento informado aos atos de esterilização voluntária feminina, considerando a evolução legislativa do § 5º do art. 10 da Lei nº 9.263/1996. Para tanto, realizou-se um estudo sobre o processo de formação do consentimento informado na relação médico-paciente e o procedimento de esterilização voluntária feminina no Brasil. Quanto aos objetivos, a pesquisa é exploratória e, quanto à abordagem, é qualitativa. Quanto aos procedimentos, a pesquisa é bibliográfica e documental. Na introdução, analisa-se a evolução histórica do instituto para, em seguida, apontar sua estrutura dogmática. O terceiro tópico cuida do processo de formação do consentimento informado e, no último, discorre sobre a aplicação aos atos de esterilização voluntária da mulher. A conclusão evidencia que a nova redação dada ao dispositivo, ao limitar o consentimento apenas ao da mulher, amolda-se à natureza do consentimento informado enquanto direito de personalidade.

Palavras-chave: Consentimento informado; Mudanças na ordem civil; Esterilização voluntária feminina; Processo de formação; Relação médico-paciente.

Aprovado em maio de 2023.

1 INTRODUÇÃO

O direito do paciente ao consentimento informado tem sua raiz histórica na necessidade de romper com o modelo paternalista-hipocrático do exercício da medicina, isto é, o modelo no qual o médico era tido como o senhor da razão e detentor de todo o conhecimento e, por isso mesmo, a pessoa mais habilitada para decidir em matéria de tratamento de saúde (LOPES JUNIOR, 2020). Alguns eventos ocorridos ao longo do século XX teriam contribuído para essa mudança de paradigma, tais como as atrocidades cometidas pelos nazistas durante a II Guerra Mundial (experimentação em seres humanos sem a autorização destes, em condições degradantes e de tortura), o constante progresso tecnológico e científico (a evolução do conhecimento transformou a relação médico-paciente em algo complexo e a medicina numa prática desumanizada) e o próprio desenvolvimento da sociedade, marcada pelo pluralismo ideológico e pela ampla difusão da informação (PEREIRA, 2004).

Um dos precursores do instituto foi o caso estadunidense *Schloendorff versus Society of New York Hospital*, de 1914. Embora a sentença do Juiz Cardozo não tenha feito alusão expressa ao termo “consentimento informado”, a menção pioneira à autodeterminação contribuiu para a popularidade do precedente, fazendo com que os julgados subsequentes continuassem adotando e desenvolvendo o tema (BEAUCHAMP; FADEN, 1986). Aqui, o foco era no consentimento dado pelo paciente, pois ainda não havia se desenvolvido a noção de que ao médico também cabia outra obrigação que não fosse a mera abstenção; o importante era que o profissional não atuasse na contramão do desejo da pessoa, ou seja, obtido o consentimento, a intervenção estaria permitida. Desenvolveu-se a ideia de que a mera violação da autodeterminação da pessoa seria suficiente para fins de responsabilidade médica, não sendo necessária a ocorrência de um resultado lesivo (SEOANE, 2013).

Já em 1957, no caso *Salgo versus Stanford Jr*, a questão evoluiu e a ideia de que o consentimento do paciente deve ser dado somente após a entrega de informações por parte do médico foi desenvolvida, aparecendo o termo “consentimento informado” pela primeira vez (LIMA, 2017). A par desses dois julgados, poder-se-ia mencionar a existência de outros do mesmo país (BEAUCHAMP; FADEN, 1986), assim como alguns normativos internacionais que tratam do assunto (LIMA, 2017), porém, fugiria aos objetivos do presente trabalho.

O fato é que, atualmente, a autodeterminação do paciente nos cuidados com a saúde é instrumentalizada no conceito de consentimento informado, sendo mister reconhecer um novo tipo de capacidade para tanto, diferente do tradicional conceito pensado para os negócios

patrimoniais (PEREIRA, 2004). No Brasil, ainda não existe uma lei específica que regulamente o assunto, cabendo à doutrina e à jurisprudência¹ a apresentação de alguns parâmetros a fim de facilitar a vida do operador do direito: costuma-se mencionar o art. 15 do Código Civil (CC) e alguns dispositivos do Código de Ética Médica (CEM) – Resolução CFM nº 2.217/2018 –, a exemplo do art. 22 (LOPES JUNIOR, 2020).

No que concerne à esterilização voluntária, regulamentada no art. 10 da Lei nº 9.263/1996 – Lei do Planejamento Familiar (LPF) –, o texto legal determinava, em seu § 5º, que o procedimento só poderia ser realizado, na vigência da sociedade conjugal, diante da anuência expressa de ambos os consortes. Entretanto, existia um intenso debate a respeito da constitucionalidade do referido dispositivo, o que levou, inclusive, à propositura de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) para discutir o assunto junto ao Supremo Tribunal Federal (STF).

Nesse sentido, questiona-se a compatibilidade entre a autorização marital para os atos de esterilização voluntária feminina e a teoria do consentimento informado. A hipótese levantada é a de que a autorização do consorte, na vigência da redação original da lei, seria incompatível com o enquadramento do consentimento informado no seletorol de direito de personalidade.

Para atingir o objetivo geral, o trabalho, na primeira seção, apresentará uma noção de consentimento informado, seu fundamento e sua natureza jurídica. Na segunda seção, discorrerá sobre o processo de formação do consentimento informado, dando destaque às suas pré-condições (competência e voluntariedade) e aos elementos da informação (divulgação, recomendação e entendimento), sem considerar nuances específicas que podem existir no caminho, a exemplo da segunda opinião médica e do tempo de espera (LIMA, 2021). Na terceira seção, abordará o procedimento de esterilização voluntária feminina previsto na LPF, mencionando o debate que existia a respeito da sua constitucionalidade e interconectando o assunto com o processo de formação do consentimento informado. Ao final, serão apresentadas as considerações finais sobre o tema indicado.

A pesquisa será exploratória, a fim de melhor compreender e aprofundar o problema, visando contribuir para o debate a partir do fornecimento de alguns parâmetros e respostas. Outrossim, a pesquisa será qualitativa, pois possui conteúdo descritivo, na busca de identificar a natureza e a abrangência das informações coletadas, assim como assimilá-las de uma forma mais global e contextualizada (MEZZAROBÀ; MONTEIRO, 2009). A pesquisa será, antes de tudo,

¹ No REsp 1540580/DF, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) considerou que a simples inobservância do dever de informar é fonte de responsabilidade civil *per se*.

bibliográfica, por ser indispensável considerar e revisar aquilo que a literatura mais abalizada já escreveu em torno do problema objeto de pesquisa (LAMY, 2011). A pesquisa será, também, documental, tendo em vista as contribuições positivas que uma análise crítica de documentos relevantes e pertinentes pode proporcionar (PRATES; PRATES, 2012), a exemplo da Constituição Federal (CF) e da LPF.

O estudo a respeito do problema apresentado é importante, pois se mostra relevante do ponto de vista jurídico, acadêmico e social. A CF dispõe que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (art. 196), portanto, entender qual deve ser o papel do médico no processo de formação do consentimento informado quando se trata de esterilização voluntária feminina é assunto do interesse de toda a sociedade. Ademais, menciona-se a dificuldade enfrentada no dia a dia forense pelos aplicadores do direito diante de assuntos controversos e que não possuem uma regulamentação legal satisfatória. É preciso, portanto, um direcionamento por parte dos estudiosos a respeito de como a questão deve ser entendida, pois quanto maior for o consenso a respeito do assunto, mais se impede a ocorrência de danos concretos, diminuindo a procura pelo Judiciário, assim como se evita a proliferação de decisões conflitantes relativas a causas já instauradas, favorecendo o ideal de harmonia no sistema.

2 O CONSENTIMENTO INFORMADO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: NOÇÃO, FUNDAMENTO E NATUREZA JURÍDICA

Baú (2009) traduz o consentimento informado como sendo uma decisão voluntária, tomada por uma pessoa com autonomia e capacidade, no sentido de aceitar um determinado tratamento médico, o que se dá mediante um processo informativo e deliberativo que a antecede, no qual são expostos os riscos e consequências do caminho proposto. Já León (2009), que trata do assunto sob o ponto de vista do ordenamento jurídico espanhol, explica que a Lei sobre Direitos dos Pacientes enxerga o consentimento informado como o assentimento livre e voluntário dado pelo paciente ao médico, depois de receber a informação adequada, para que este último leve adiante uma determinada conduta médica que possa afetar a sua saúde.

O consentimento informado, na visão de Lima (2021, p. 148), é um direito do paciente, isto é, direito de “ser informado, esclarecido e assentir a respeito da execução da prestação de cuidados de saúde”. O consentimento informado deve ser analisado enquanto um programa de prestação que visa proteger a autodeterminação em matéria de saúde, de forma que o médico é devedor de duas prestações em relação ao paciente: a obrigação de informar (positiva) e a

obrigação de se abster (negativa), sendo que a primeira antecede necessariamente a segunda, esta última entendida como a obrigação de não levar adiante o ato médico sem ou contra a manifestação de vontade do paciente.

Beauchamp e Faden (1995) afirmam que é possível extrair dois sentidos da expressão consentimento informado e que estes frequentemente geram confusões e mal-entendidos. No primeiro sentido, o consentimento informado pode ser entendido como o assentimento autônomo dada pelo paciente para fins de intervenção médica. Esse primeiro sentido advém da ideia de o consentimento consistir em uma proteção da autodeterminação do paciente e de que a autoridade final para tomar decisões sobre o tratamento é do sujeito, e não do profissional.

Dessa forma, o consentimento não pode ser entendido apenas como a concordância ou a mera resignação do paciente diante de uma proposta de tratamento ou intervenção médica. Uma pessoa consente de forma informada apenas se a manifestação dada para seguir adiante com a prestação de cuidados de saúde tiver sido dada quando o entendimento da situação apresentada for substancial e desde que não haja a intervenção de fatores externos no intuito de viciar a vontade do agente (BEAUCHAMP; FADEN, 1995).

No segundo sentido, todavia, o consentimento informado é analisado pelo prisma das regras para consentir existentes em cada ordenamento. Esse outro viés expressa a principal concepção que permeia as normas dos órgãos regulatórios e instituições de saúde. Aqui, o consentimento informado é visto apenas como uma aprovação do paciente, sendo considerada efetiva ou válida apenas se ela se der conforme as regras legais que regem o caso, quaisquer que sejam elas. Nesse sentido, diferentemente do primeiro, as condições e requisitos do consentimento informado são relativos a um determinado contexto institucional e não precisam de ser, necessariamente, “verdadeiras” autorizações autônomas. Esse significado advém da necessidade de se ter um mecanismo de resolução de demandas rápido, justo e eficiente nos sistemas de saúde, no qual responsabilidades e violações podem ser avaliadas e apuradas corretamente, sem muito desgaste (BEAUCHAMP; FADEN, 1995).

Concluindo o raciocínio, os autores afirmam que a visualização dos dois sentidos é importante porque o sujeito pode consentir de forma informada no primeiro sentido, muito embora não no segundo. É o exemplo figurativo da criança que, relativamente ao seu próprio corpo, pode desejar que o tratamento ou a intervenção propostos sigam um determinado rumo, expressando sua vontade para esse fim e consentindo de forma informada (no primeiro sentido) para tanto, mas que, justamente em razão da sua menoridade, não pode ter sua declaração e consentimento

levados adiante em razão das proibições e restrições que existem no ordenamento jurídico a respeito de atos e negócios jurídicos formulados por impúberes (BEAUCHAMP; FADEN, 1995).

Reconhecendo a diferença entre contrato de prestação de serviços médicos e consentimento informado, mas afirmando que ambos dialogam entre si, Soares (2021) enxerga o segundo como sendo a permissão, isto é, o instrumento de que se vale o paciente para determinar os limites da atuação médica, definindo-se através dele até onde o profissional está autorizado a ir sem que atue com ilicitude (conduta penalmente tipificada). O consentimento é considerado o cerne do contrato de prestação de serviços médicos e condição sine qua non para a prestação dos cuidados com a saúde, ao contrário da formalização de um contrato, que não é considerado nem mesmo obrigatório.

Para os fins do presente artigo, entende-se que o consentimento informado nada mais é do que um instante de todo um processo deliberativo, um sinal verde (prosseguimento) dado pelo paciente que autoriza uma determinada atuação médica após ter recebido a informação necessária para a tomada da decisão que melhor represente seus interesses, constituindo um mecanismo de proteção da pessoa humana. Afirmar que o paciente consentiu de forma informada significa dizer que uma pessoa, com capacidade e legitimidade, exercitou seu direito à autodeterminação, isto é, o direito de decidir o que fazer ou não fazer com o próprio corpo (físico ou psique), de forma voluntária e consciente, quando em tratamento de saúde.

Quanto ao fundamento, Lorenzo y Montero e Sánchez Caro (1999) aduzem que o consentimento informado, quando se trata de cuidados com a saúde, retira seu fundamento de validade na dignidade e na liberdade da pessoa humana, perdendo, ao menos em parte, o seu vínculo com a teoria geral dos contratos. É um erro acreditar que o consentimento informado constitui um elemento estranho à prática médica, sendo apenas uma imposição do direito e que não significa mais do que um encargo a ser suportado pelo profissional da saúde. Ao revés, seguindo os deveres informativos, o profissional não cumpre apenas uma obrigação legal, mas também realiza um ato médico fundado na ética, permitindo que a relação criada esteja assentada em bases de confiança que conduzam ao melhor resultado.

Já Lima (2017) afirma que o consentimento informado é dotado de força jurídica por ser conteúdo do ato médico e integrar a *lex artis*, não se encontrando nos sujeitos da relação. De fato, alterando-se a relação jurídica inicial pela saída de um médico e entrada de um novo, o consentimento informado não deixa de existir, embora o antigo médico não carregue mais consigo os deveres de informação e de abstenção, deveres esses que, em razão da mudança operada, passam ao novo profissional. León (2009) também compartilha desse ponto de vista, pois

consigna que se o médico age sem o consentimento do paciente ou sem informá-lo adequadamente está descumprindo um dos deveres da *lex artis*, podendo ser responsabilizado.

Godinho (2014) explica que também é possível estabelecer um elo entre o consentimento informado e o princípio da boa-fé que rege toda e qualquer relação contratual, muito embora destaque que a natureza existencial do vínculo jurídico formado entre as partes, por si só, já seria suficiente para impedir qualquer conduta médica contrária àquilo que foi manifestado pelo paciente. Em verdade, o dever de respeito à incolumidade do paciente é até mesmo anterior à formação de qualquer vínculo de natureza negocial entre as partes, já que tal dever é considerado decorrência do direito personalíssimo à integridade física e moral de qualquer pessoa.

Relativamente à natureza jurídica, Soares (2021) investiga se o consentimento informado seria um ato jurídico em sentido estrito ou um negócio jurídico. A autora destaca que o instituto se aproxima do negócio jurídico por dizer respeito ao futuro, permitindo o prosseguimento de uma conduta médica que ainda vai acontecer e precisa respeitar o que foi previamente acordado. Menciona, também, que o paciente autoriza o médico conforme o que é do seu desejo, mas que este ainda deve avaliar se concorda ou não com os termos propostos por aquele, não sendo obrigado a aceitá-los.

Apesar do consentimento, isoladamente considerado, ser um ato de permissão, é preciso reconhecer que tal ato é antecedido por todo um processo dinâmico e dialético do qual fazem parte médico e paciente. Por outro lado, a autonomia que dá suporte aos atos existenciais (autodeterminação), a exemplo do consentimento informado, é diferente da vontade negocial que dá base aos negócios jurídicos patrimoniais. Com base nisso, a autora conclui que o consentimento informado seria uma categoria *sui generis*, que não se enquadra em nenhuma das duas espécies, em virtude da heterogeneidade e especificidade das situações que rodeiam o instituto (SOARES, 2021).

Para Lima (2021, p. 156), o consentimento informado “se assemelha à decisão do aderente em aceitar ou rejeitar em bloco as cláusulas contratuais predispostas unilateralmente pelo ofertante”, na medida em que as cartas são dadas pelo médico, cabendo ao paciente decidir se aceita ou não os termos propostos. Dessa forma, ao consentimento informado devem ser aplicadas, no que couber, as regras da aceitação na formação dos contratos, com duas ressalvas importantes em razão da peculiaridade do fenômeno: possibilidade de livre revogar a decisão tomada por parte do paciente e a ausência do dever de ressarcir quaisquer prejuízos em caso de revogação, com exceção, neste último caso, dos custos tidos pelo profissional na preparação dos

cuidados que seriam prestados, mas que não foram em razão da desistência do paciente, em respeito aos princípios da vedação ao enriquecimento sem causa e da boa-fé objetiva.

Por fim, tratando mais especificamente sobre o direito português, Pereira (2004) afirma que a doutrina dominante enxerga no consentimento informado um ato jurídico em sentido estrito, de forma que o consentimento prestado pelo paciente seria duplo: o consentimento-aceitação, que diz respeito à conclusão do contrato de prestação de serviços médicos, e o consentimento-assentimento, que diz respeito à concordância dada pelo paciente para fins de prestação de cuidados com a saúde. O consentimento-assentimento, por ter caráter existencial, não é inteiramente compatível com o regime dos negócios jurídicos, pois é livremente revogável e sofre a incidência dos preceitos de ordem pública e dos bons costumes.

3 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

3.1 PRÉ-CONDIÇÕES DO CONSENTIMENTO: COMPETÊNCIA E VOLUNTARIEDADE

De acordo com Farias e Rosenvald (2017, p. 179), a ideia de personalidade jurídica está umbilicalmente ligada à ideia de pessoa, pois aquela é o cerne que garante a esta um mínimo de proteção fundamental. Historicamente, a personalidade sempre foi vista como a aptidão que alguém teria para titularizar relações jurídicas, ou seja, para ser sujeito de direito. Entretanto, a existência de seres despersonalizados que integram relações jurídicas, a exemplo da massa falida, mostrou que o tradicional conceito de personalidade não fazia mais sentido: é preciso abandonar a ideia de que a personalidade é um atributo exclusivo de quem é sujeito de direito e remodelá-la conforme as diretrizes dos direitos fundamentais constitucionais. A personalidade jurídica seria, portanto, “uma tutela jurídica especial, consistente em reclamar direitos fundamentais, imprescindíveis ao exercício de uma vida digna”.

Ao lado do conceito de personalidade, todavia, existe o conceito de capacidade. Para Farias e Rosenvald (2017), malgrado exista uma ligação entre os dois conceitos, é importante diferenciá-los: enquanto a personalidade é vista como um atributo geral de todas as pessoas (relações existenciais), a capacidade se apresenta como um mecanismo de concretização da personalidade, ou seja, a aptidão para adquirir direitos e contrair deveres na ordem civil, mantendo proximidade com as relações patrimoniais. Conforme ensina Borges (2009), os direitos da personalidade pertencem a uma categoria especial de direitos justamente porque protegem os modos de ser da pessoa, e não do ter, a exemplo da honra de alguém. São direitos relacionados

à existência, às qualidades físicas, psíquicas e morais da pessoa, apartando-se do direito das obrigações e dos direitos reais.

Tepedino e Oliva (2016) explicam que a personalidade possui dois vieses. O primeiro, mais tradicional, confunde personalidade com capacidade de gozo, de forma que todo sujeito de direito possui personalidade, ou seja, todas as pessoas têm aptidão para integrar relações jurídicas, adquirindo direitos e contraindo deveres. É um conceito que pode ser aplicado tanto para as pessoas físicas quanto para as pessoas jurídicas. O segundo vê a personalidade como um algo atrelado à pessoa humana, sendo o conjunto de caracteres e atributos desta, por ser encarada como objeto de especial proteção do Estado.

A menção à dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º da CF), a previsão da erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais como objetivos fundamentais (art. 3º da CF) a serem perseguidos pelo Estado, bem como a existência do art. 5º, § 2º, da CF levam o intérprete a concluir pela existência de uma verdadeira cláusula geral que protege e promove a pessoa humana, considerada como principal guia e valor do ordenamento. Pensando nisso, os autores propõem uma releitura do tradicional conceito de personalidade e separam a personalidade (entendida de forma objetiva) da subjetividade, reservando o primeiro termo exclusivamente para a pessoa humana, por ser expressão da dignidade da pessoa humana, enquanto o segundo termo deveria ser entendido como capacidade de gozo, isto é, como aptidão para ser sujeito de direito, sendo um atributo tanto das pessoas naturais como das pessoas jurídicas (TEPEDINO; OLIVA, 2016).

Figura relacionada à personalidade e à capacidade é o instituto da autodeterminação. Após traçar um panorama histórico a respeito da evolução do conceito de autonomia privada, Rodrigues Junior chega ao conceito de autodeterminação, previsto na CF como um dos princípios pelos quais a República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais (art. 4º da CF). Conforme explica o autor, a autodeterminação bebe na fonte do Direito Constitucional e do Direito Internacional Público, estando ligada à noção de soberania estatal, isto é, à possibilidade de regular-se e organizar-se internamente através de regras próprias, respeitando as demais pessoas jurídicas internacionais (RODRIGUES JUNIOR, 2004).

No campo do Direito Privado, o termo ganhou conotação própria e passou a albergar a ideia de autonomia privada da vontade, não guardando necessária paridade com a conotação de ordem pública. O jurista segue o posicionamento de Joaquim de Sousa Ribeiro, segundo o qual a autonomia privada está ligada às relações jurídicas de uma pessoa, sendo o processo pelo qual

esta se obriga perante os demais que com ela se relacionam, proporcionando a possibilidade de livre constituição de tais relações (RODRIGUES JUNIOR, 2004).

Já a autodeterminação “seria um poder juridicamente reconhecido e socialmente útil, de caráter ontológico, baseado numa abertura do homem para o mundo e suas experiências e solicitações sensíveis ou não”. É, por isso, um conceito mais amplo do que o de autonomia privada, conectando-se com as ideias de pluralismo e de autogoverno dos indivíduos segundo suas escolhas, dizendo respeito não apenas às relações jurídicas de cunho patrimonial, mas também com as preferências individuais de cada um, a exemplo do credo, da orientação sexual e do posicionamento político (RODRIGUES JUNIOR, 2004, p. 126).

Na concepção de Lopes Junior (2020), quando se fala em tomada de decisão no campo da saúde, entende-se que esta deve refletir a vontade autônoma do paciente e essa vontade deve ser manifestada por uma pessoa com competência (leia-se capacidade) para tanto, a fim de ser considerada válida. Dessa forma, para o autor, a competência seria apenas uma pré-condição para fins de consentimento informado, sendo que, no direito brasileiro, a competência está ligada à ideia de capacidade de fato, ou seja, à aptidão para exercer por si mesmo os atos da vida civil.

Atualmente, o CC qualifica como absolutamente incapaz o menor de dezesseis anos (art. 3º), elencando em seu art. 4º as situações de incapacidade relativa, quais sejam ser maior de dezesseis e menor de dezoito, ser ébrio habitual ou viciado em tóxico, ser pródigo ou ser aquele que, por causa transitória ou permanente, não possa exprimir sua vontade. No caso dos absolutamente incapazes, a decisão deve ser tomada por intermédio de seus representantes legais (pais ou tutores). Quando se trata de incapacidade relativa por idade, no entanto, deve haver a nomeação de um tutor (art. 1.728), enquanto que nos demais casos previstos no art. 4º deve haver a nomeação de um curador (art. 1.767).

Conforme Pereira (2004), quando o que está em jogo é a tomada de decisão sobre cuidados com a saúde, é preciso reconhecer um ramo da capacidade jurídica que é diferente do tradicional conceito fornecido pelos civilistas, pois este último foi pensado em termos negociais, isto é, a chamada capacidade para consentir (também chamada de “competência”). Para o jurista português, o caráter existencial que permeia a relação médico-paciente, por afetar bens jurídicos personalíssimos, bem como a questão da livre revogação do consentimento a qualquer tempo, já evidenciam a necessidade de garantir a autonomia e a conseqüente distinção de tal aptidão.

Ao reconhecer que a lei portuguesa não regulamenta expressamente o assunto, o autor assume ser necessário investigar quais seriam os elementos característicos desse singular poder. Dando especial destaque à concepção de Amelung, o jurista afirma que a capacidade para

consentir pode ser enxergada sob quatro prismas diferentes, quais sejam: para decidir sobre valores, para compreender os fatos, para compreender as alternativas e para se autodeterminar com base no que foi repassado (PEREIRA, 2004).

A capacidade para decidir sobre valores seria a atribuída a alguém para, segundo seu próprio sistema de valores, realizar uma análise custo-benefício da situação e tomar a melhor decisão, sendo esta entendida como aquela na qual os benefícios superam os sacrifícios. Contudo, essa perspectiva é falha, porque tanto a menoridade quanto algumas doenças podem inviabilizar ou interferir – ao menos durante certo tempo – no sistema de valores do sujeito (PEREIRA, 2004).

A capacidade para compreender os fatos ou processos causais consiste em entender o que se passa (fatos e processos causais futuros), possibilitando a realização de prognósticos, isto é, a previsão dos riscos de tomar ou não tomar certas atitudes. Assim como na primeira, esse segundo tipo de capacidade também é falha se considerar a existência de algum problema que afete a cognição do paciente. Por sua vez, a capacidade para compreender as alternativas, como o próprio nome indica, é atribuída a alguém para escolher dentre opções existentes. Por fim, a capacidade para se autodeterminar com base na informação é considerada volitiva, pois tem a ver com conseguir orientar-se por si próprio segundo as informações repassadas e seus próprios valores (PEREIRA, 2004).

Segundo Beauchamp (2010), a literatura costuma apontar cinco elementos para fins de formação do consentimento informado: competência para decidir, divulgação da informação, entendimento do que foi divulgado, voluntariedade no decidir e o consentimento propriamente dito. Contudo, o autor discorda da referida classificação, pois afirma que a competência, em verdade, é apenas uma pré-condição para o consentimento, isto é, não integra o processo de sua formação.

Beauchamp e Faden (1995) acreditam, conforme mencionado anteriormente, que a noção de autonomia possui uma função central quando se trata de consentimento informado, pois este pressupõe um assentimento autônomo dado pelo sujeito para fins de intervenção médica. Uma pessoa age de forma autônoma se o faz de forma intencional (voluntariedade), com entendimento e sem influências externas que controlem o seu agir. Segundo Beauchamp (2010, p. 66), uma ação intencional demanda "plans in the form of representations of the series of events proposed for the execution of an action. For an act to be intentional, it must correspond to the actor's conception of the act in question, although a planned outcome might not materialize as projected".

Beauchamp (2010, p. 67-68) explica que alguns defendem não existir ação intencional nos casos de “simples desejos”, mas apenas nos casos de “desejos racionais”, a exemplo de Julian Savulescu. Outros, a exemplo de Harry Frankfurt e Gerald Dworkin, acreditam que uma pessoa só age de forma autônoma quando consegue aceitar ou renegar um “desejo inferior” que surge no meio do caminho, de forma a mudar ou perseguir o seu “desejo superior”, respectivamente. Isso porque um “desejo superior” que não encontra guarida em um “desejo inferior” é um modo de agir tipicamente animal, portanto, comportamento não autônomo. Todavia, o autor não coaduna com essas ideias. Com efeito, Beauchamp acredita em um modelo de intencionalidade “based on what is willed rather than what is wanted. Intentional actions include any action and any effect specifically willed in accordance with a plan, including merely tolerated effects”.

Por essa ótica, distinguir o que o agente quer de fato daquilo que foi meramente previsto em um determinado plano de ação é inútil e contraproducente. O exemplo trazido à baila pelo autor a fim de ilustrar o que foi dito é o do homem que deseja ligar a luz (lâmpada), mas não deseja ligar o ventilador, muito embora ele saiba que o interruptor é o mesmo e que se a luz for ligada o ventilador também o será. De fato, mesmo que o ventilador faça um barulho horrível e que esse efeito colateral previsto não seja de modo algum desejado, o sujeito não pode alegar que ligou o ventilador involuntariamente. Existe uma diferença entre o que o autor pretende (intenção) e o que é uma ação intencional, não existindo uma correlação necessária entre ambas (BEAUCHAMP, 2010). Ao aplicar o raciocínio ao campo da saúde, pode-se afirmar que um paciente consente intencionalmente com uma determinada cirurgia, embora não deseje a cicatriz decorrente do procedimento, o que não torna a ação menos intencional e, portanto, voluntária.

Retomando os dois sentidos de consentimento informado trazidos anteriormente, Beauchamp (2010) destaca que os magistrados e Cortes acabam dando prioridade, em seus julgamentos, ao consentimento informado em seu segundo sentido (regras institucionais), deixando de lado os criteriosos e exigentes padrões de avaliação da autonomia do paciente (consentimento informado no primeiro sentido). Na prática, isso faz com que médicos, hospitais e clínicas se preocupem mais em repassar as alternativas de tratamento propostas (com seus respectivos riscos) e receber um termo de consentimento assinado do que em certificar-se de que as informações transmitidas foram devidamente apreendidas pelo paciente. Ocorre que o consentimento dado em tais circunstâncias não pode ser considerado “verdadeiro” (no primeiro sentido), ocasionando falhas na obtenção de um consentimento que respeite, de fato, a autonomia do paciente.

Por outro lado, embora seja fácil duvidar das regras institucionais e tomá-las por superficiais, não é razoável exigir que os profissionais de saúde obtenham sempre um consentimento que satisfaça todas as exigências de proteção da autonomia, já que os padrões estabelecidos para a proteção desta última podem se tornar insuscetíveis de alcance prático. É por isso que as regras institucionais devem ser avaliadas não apenas em termos da capacidade que elas têm para conduzir a escolhas verdadeiramente autônomas, mas também em termos das prováveis consequências que a imposição de requisitos por demais onerosos às instituições e profissionais pode desencadear. Dessa forma, as políticas de consentimento devem ser formuladas tomando como referência o modelo de escolha autônoma (primeiro sentido), mas também considerando o que é justo e razoável exigir-se em cada circunstância dos profissionais da saúde (BEAUCHAMP, 2010).

3.2 ELEMENTOS DA INFORMAÇÃO: DIVULGAÇÃO, RECOMENDAÇÃO E ENTENDIMENTO

Conforme já foi mencionado, Beauchamp (2010) discorda da tradicional divisão feita pela literatura a respeito de quais seriam os elementos do consentimento informado. Segundo o autor, a divulgação da informação não seria uma *conditio sine qua non* para o consentimento. É possível vislumbrar situações nas quais o paciente já é detentor de toda a informação relevante, sendo a divulgação da informação desnecessária, a exemplo do paciente que é médico. É por isso que, em sua opinião, qualquer estudo sobre o consentimento informado deve focar nas noções de entendimento (compreensão), voluntariedade e consentimento. De toda forma, três seriam os elementos da informação para Beauchamp e Faden (1995): divulgação (informações sobre riscos e benefícios), recomendação (proposta de um plano de ação) e entendimento (tanto das informações divulgadas quanto da recomendação dada).

Soares (2021) explica que a informação, por si só, é um elemento intangível, embora suscetível de valoração econômica, sendo considerada um vocábulo de múltiplos sentidos. A autora também chama a atenção para as duas dimensões da informação no campo do direito da saúde: uma negativa (necessidade de proteção dos dados pessoais em respeito ao sigilo profissional); e uma positiva (direito do paciente de receber as informações necessárias por parte do médico e o correlato dever deste em fornecer tais informações).

As etapas anteriores à deliberação em matéria de saúde são variáveis, mas, no geral, quando se trata de tratamento ou intervenção médica (ato médico direto) as etapas de divulgação e recomendação envolvem os esclarecimentos prévios necessários à tomada da decisão, que

devem ser repassados ao paciente de forma clara e razoavelmente precisa a respeito do diagnóstico, dos custos do procedimento, das etapas e duração do tratamento (caso seja necessário fracionar), do eventual corpo clínico necessário para participar de todas as intervenções (caso haja mais de uma), bem como das opções de tratamento disponíveis com os ônus e bônus de cada uma delas, inclusive riscos (LIMA, 2021).

O repasse das informações ao paciente também varia a depender da gravidade da enfermidade ou dos riscos envolvidos (ideia de riscos típicos e atípicos), pois quanto maior a potencialidade de dano ao paciente, maior deve ser a carga informativa. Não há como comparar o dever de informação que recai sobre o médico no caso de um tumor cancerígeno grave com o dever de informação correspondente ao caso de uma simples infecção urinária (LIMA, 2017). Gogliano (2009) afirma que é a situação apresentada ao médico que vai comandar a situação, não existindo um padrão. Tudo vai depender da personalidade e características do paciente e do grau e tipo da enfermidade, já que tanto o excesso (possível agravamento da angústia e da dor) quanto a deficiência (perda de uma chance na busca da cura) de informações podem ocasionar danos.

Especificamente em relação ao entendimento, Beauchamp e Faden (1986) afirmam que o profissional da saúde nunca vai ter certeza se, na prática, a apreensão das informações pelo paciente foi substancialmente adequada para que este realize uma escolha autônoma. Isso porque inúmeras variáveis podem interferir no grau da compreensão da pessoa, por mais que as intenções e atitudes do médico sejam as melhores possíveis. Deveras, algumas pessoas são mais calmas, atentas e abertas ao diálogo, enquanto outras são mais ansiosas, distraídas e fechadas, comprometendo ou mesmo bloqueando completamente o entendimento da situação. Menciona-se, igualmente, fatores como diferenças culturais e sociais, doenças mentais transitórias ou permanentes, irracionalidades momentâneas (negação dos fatos, no sentido de não aceitar como verdadeiras as informações repassadas) ou simplesmente imaturidade para lidar com as novas questões.

Apesar de reconhecer que os formulários escritos (por exemplo, checklists com perguntas e respostas objetivas do tipo sim ou não) tenham sua utilidade em determinados momentos específicos, os autores afirmam que o método por excelência para confirmar o nível de entendimento dos pacientes é o feedback, pois se após a implementação deste ainda restar algum tipo de confusão ou mal-entendido é possível que o ciclo de trocas de informação continue até que as partes estejam satisfeitas, isto é, até que cheguem ao consenso de que um

entendimento substancial foi alcançado por intermédio de uma comunicação efetiva (BEAUCHAMP; FADEN, 1986).

Esse ponto de vista encontra ressonância na visão de Pires (2020), que, inspirando-se em Habermas, ressalta a importância de um processo comunicativo livre e igualitário na formação do consentimento informado, pois quando se trata da saúde humana é preciso que se leve em conta não somente os aspectos técnicos da informação, mas também a qualidade desta e, principalmente, a maneira escolhida pelo profissional para fazer com que o conhecimento por ele detido seja recepcionado da melhor forma pela pessoa que se encontra do outro lado da relação (ideia de racionalidade comunicativa).

Embora o ordenamento jurídico brasileiro não disponha de uma regulamentação específica a respeito de como o dever de informação deve ser atendido, não prescrevendo um passo-a-passo a ser observado, para os fins do presente artigo, entende-se que o melhor caminho é aquele em que um processo dialógico é estabelecido entre médico e paciente, em que uma ponte é construída através da troca de informações recíprocas, manifestando as duas partes interesse efetivo e real tanto em informar como em ser informado.

Nesse diálogo, o médico deve atentar para o fato de que ele é o detentor do conhecimento técnico, portanto, é importante que o profissional provoque o seu interlocutor a respeito de fatos que podem ser importantes na investigação do problema e no desenrolar do tratamento, já que o paciente pode deixar passar despercebido um único detalhe que explicaria todo o ocorrido. É crucial que o profissional da saúde repasse as informações mais básicas e elementares, mas que foque naquelas que são mais relevantes quanto ao caminho proposto.

Por outro lado, tendo em vista o fator humano, entende-se plausível que o médico não seja obrigado a esmiuçar toda e qualquer informação de somenos relevância, entrando em cena, neste ponto, o interesse do paciente em obter algum dado que ele repute do seu interesse. Portanto, uma vez manifestado o desejo do paciente em ser informado a respeito de algo, o médico deve cumprir com seu dever, mesmo que este entenda que a informação requerida não tenha tanta magnitude. Entender o contrário seria transferir ao profissional da saúde todo o ônus da relação, ficando o paciente numa posição de extrema vantagem, por mais que exista uma desigualdade técnica e, muitas vezes, social nesse tipo de liame jurídico, indo na contramão do princípio do equilíbrio e da função social dos contratos.

4 A REVOGAÇÃO PARCIAL DA LEI Nº 9.263/96 (LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR - LPF) E O CONSENTIMENTO INFORMADO NO PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA

O art. 226, caput, da CF afirma que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” e dispõe, no § 7º, sobre o planejamento familiar, alicerçando-o nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável e assegurando que ele seja fruto da livre decisão do casal, “competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

A fim de regulamentar o art. 226, § 7º, da CF, foi editada a LPF que prevê, logo no art. 1º, o planejamento familiar como sendo um direito de todo cidadão, devendo esse direito ser entendido “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”, conforme o art. 2º da mesma lei. O mesmo diploma legal preconiza, no art. 4º, que “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” e, no art. 5º, dispõe que ser dever do Estado “promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar”.

A grande celeuma que circundava a redação original da lei, contudo, dizia respeito à constitucionalidade do § 5º do art. 10, pois este parágrafo mencionava que a esterilização, na constância do casamento, dependeria do consentimento expresso de ambos os cônjuges. Assim, no processo de formação do consentimento informado da esterilização voluntária, à luz da redação original do §5º do art. 10 da LPF, era preciso incluir, no iter procedimental, não somente a anuência do paciente, mas também a autorização do consorte (de forma autônoma, livre e consciente, sem influências substanciais de terceiros), bem como a necessidade de que o médico cumprisse com os seus deveres informativos em relação a ambos, deveres estes que, conforme já mencionado no presente estudo, devem anteceder a própria entrega dos termos do consentimento e da decisão. Alguns levantavam dúvida, igualmente, a respeito do inciso I do art. 10 da lei, que previa a idade mínima de 25 anos ou uma prole mínima de dois, caso tivesse menos do que aquela idade.

No meio acadêmico, muitos estudiosos já levantavam a bandeira pela declaração de inconstitucionalidade dos referidos dispositivos. Com efeito, após expor o resultado de uma

pesquisa realizada no ano de 1996 pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Lima e Pires (2019) concluíram que, infelizmente, “ainda prevalece no Brasil a cultura de que a mulher é a responsável pela limitação da quantidade de filhos nas famílias”, fato que fica claro diante dos dados que apontam que a “utilização de pílula anticoncepcional e laqueadura tubária representavam, juntas, 56,5% do total de métodos contraceptivos”. É por isso que, na visão dos autores, a autorização do consorte para fins de esterilização da mulher não era compatível com o direito à autodeterminação da pessoa, já que isso seria compatibilizar um direito de natureza personalíssima (regência de seus próprios interesses) com o regime da cotitularidade.

Strapasson e Barboza (2022) afirmam que a quantidade de crianças sem o nome paterno no registro de nascimento, o aumento da taxa de fecundidade na população feminina de menor escolaridade e renda (dependência do parceiro e consequente submissão), a cultura centrada na figura do homem (mulher ainda vista como principal responsável pelo controle de natalidade e pela educação da prole), a possibilidade de adoção em caso de arrependimento da esterilização e o vínculo definitivo que se estabelece entre mães e filhos após o nascimento são fatores que demonstravam a inconstitucionalidade da lei no ponto em que exigia a autorização do consorte para fins de esterilização.

Em face da antinomia entre referidos dispositivos da lei e o texto da Constituição, foram propostas, perante o STF, duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI): uma foi proposta pela Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADep) e impugnava apenas o § 5º do art. 10 (ADI 5097) e a outra foi proposta pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB) e combatia o § 5º e o inciso I do art. 10 da lei (ADI 5911).

Na ADI 5097 (BRASIL, 2014), sustentava-se a inconstitucionalidade do § 5º do art. 10 da lei em razão da violação ao princípio da dignidade da pessoa humana e do princípio da intervenção mínima no Direito de Família, sendo que, de acordo com este último, o Estado deve intervir apenas de forma excepcional nas relações familiares, respeitando a liberdade e a autonomia privada dos indivíduos, o que não acontece quando se condiciona a esterilização voluntária à anuência do consorte. Alegava-se, igualmente, que o termo “planejamento familiar” deveria ser entendido como “planejamento reprodutivo”, mudança terminológica importante que engloba pessoas que não desejam ter filhos e constituir família. Consignava-se que o Estado deveria atuar positivamente para garantir aos cidadãos as informações necessárias a respeito de um planejamento familiar adequado e consciente (direito à educação) e os métodos

contraceptivos e conceptivos apropriados para cada caso, bem como abster-se de atuar quando o que está em jogo são as escolhas realizadas pelo núcleo familiar acerca do assunto¹.

Por sua vez, na ADI 5911 (BRASIL, 2018), afirmou-se uma ingerência excessiva do Estado na vida das mulheres (violação à liberdade individual e à autonomia privada), pois o corpo não seria um meio para atingir o fim último da procriação, mas sim um fim em si mesmo (felicidade e realização do ser). Muito embora os direitos reprodutivos e sexuais tenham caráter personalíssimo, os dispositivos legais questionados transferiam de forma indevida a um terceiro, ainda que seja o próprio cônjuge, a titularidade de tais direitos. Ademais, defendeu-se que, embora a lei garantisse uma igualdade formal entre homens e mulheres, pois não fazia distinção entre ambos, a igualdade material entre os sexos não era perseguida e nem garantida, pois é notório que o sexo feminino, quando comparado ao masculino, não é detentor da mesma liberdade e poder de escolha no ambiente familiar. Sobre o requisito da idade mínima de 25 anos, consignou-se na ADI 5911 que tal restrição etária não seria compatível com a maioridade civil prevista no Código Civil de 2002, qual seja 18 anos, e que habilita a pessoa para a prática de todos os atos da vida civil, inclusive a adoção. Já em relação à necessidade de ter dois filhos anteriores para aqueles que são menores de 25 anos, expôs-se que a lei estabelecia um verdadeiro dever de procriação mínimo, indo na contramão da ideia de livre planejamento familiar previsto na CF².

No plano legislativo, dá-se destaque a dois projetos de lei sobre a questão em debate. O Projeto de Lei (PL) nº 3637/2012³ propunha a supressão do § 5º do art. 10 da lei sob o argumento de que a exigência de autorização do parceiro seria, em verdade, equiparar o corpo do indivíduo aos bens materiais que compõem a relação conjugal, uma vez que estes demandam autorização semelhante para serem alienados.

Já o PL nº 7364/2014 (BRASIL, 2014) propunha a revogação do mesmo dispositivo ao fundamento de que a LPF, em sua redação original, não entendia o planejamento familiar como fruto de consenso do casal, mas, sim, de decisão individual, considerando o disposto no art. 9º

¹ A ADI 5097 foi julgada prejudicada no dia 14-09-2022, em razão da revogação do § 5º do art. 10 da LPF pela Lei nº 14.443/2022, tendo transitado em julgado no dia 07-10-2022. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4542708>>.

² Sobre a ADI 5911, o processo foi retirado de mesa no dia 08-09-2022 e, no dia 26-09-2022, o relator proferiu despacho para determinar a intimação do requerente para aditar a petição inicial, se fosse o caso. No dia 20-10-2022 houve o aditamento da petição inicial. No dia 03-10-2022 a ação foi concluída ao relator "com o parecer do Procurador-Geral da República pela prejudicialidade da ação quanto ao § 5º do art. 10 da Lei 9.263/1996 e, quanto ao inciso I do art. 10 do mesmo diploma, pela procedência do pedido, para que seja declarada inconstitucional a exigência da idade de 25 (redação anterior) e 21 (redação atual) anos ou de 2 filhos vivos para a realização do procedimento de esterilização cirúrgica voluntária". Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5368307>>.

³ BRASIL. Projeto de Lei nº 3637, de 2012. Brasília, DF, Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=540322>>. Acesso em: 19 mai. 2022.

da lei, que prevê o oferecimento de “todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”. Tal PL foi transformado na Lei nº 14.443/2022, responsável por revogar o § 5º do art. 10º da LPF e, portanto, pôs fim ao consentimento expresso do cônjuge para a esterilização voluntária. A mudança na lei foi bem-vinda e representa uma transmutação de perspectiva, na medida em que a novel legislação incorporou a ideia de respeito pela autodeterminação da mulher, isto é, como um valor que deve ser perseguido e preservado. Ganha o sexo feminino e ganha a sociedade como um todo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão da extensão do tema, o presente artigo não teve a pretensão de abarcar todos os aspectos que envolvem o processo de formação do consentimento informado na relação médico-paciente, embora tenha desejado contribuir com uma compreensão mais atual do assunto, fazendo com que a anuência do paciente deixe de ser vista como uma simples assinatura em documento formal, liberando automaticamente o médico, a clínica ou o hospital de suas responsabilidades perante aquele.

É preciso repensar a forma como o instituto vem sendo interpretado e tratado pelas instituições e profissionais da saúde, assim como chamar a atenção do Legislativo acerca da importância do tema, a fim de que haja um regramento específico do assunto no Brasil, trazendo mais segurança jurídica, como já acontece em alguns países, a exemplo da Espanha. Vale lembrar que as políticas de consentimento devem ser formuladas tomando como referência um modelo de escolha autônoma, mas também considerando o que é justo e razoável exigir-se em cada circunstância dos profissionais da saúde.

É preciso que o Judiciário brasileiro, igualmente, veja a questão com mais sensibilidade, tentando resolver os casos sub judice não apenas em termos de regras institucionais sobre capacidade, mas também em termos de autonomia da decisão e do correto entendimento da situação. Aqui, destaca-se a importância de ser estabelecido um processo dialógico entre médico e paciente, em que uma ponte é construída através da troca de informações recíprocas, manifestando as duas partes interesse efetivo e real tanto em informar como em ser informado.

Quando se pensa no processo de formação do consentimento informado no procedimento de esterilização voluntária feminina, que, de acordo com a redação original da LPF, necessitava não só do consentimento da paciente, mas também da autorização do consorte, a

nova redação dada ao § 5º, art. 10, da LPF, vai ao encontro da teoria do consentimento informado, uma vez que a autodeterminação em matéria de saúde enquadra-se no rol seletivo dos direitos de personalidade, e, enquanto tal, seu exercício é pessoal, sendo incompatível com a ideia de cotitularidade.

REFERÊNCIAS

- BAÚ, Marilise Kostelnaki. Capacidade jurídica e consentimento informado. **Revista Bioética**, v. 8, n. 2, p. 285-298, 2009.
- BEAUCHAMP, Tom L. **Autonomy and consent**. In: MILLER, Franklin G.; WERTHEIMER, Alan. *The ethics of consent: theory and practice*. Nova Iorque: Oxford, p. 55-78, 2010.
- BEAUCHAMP, Tom L.; FADEN, Ruth. **A history and theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986.
- BEAUCHAMP, Tom L.; FADEN, Ruth. **Informed consent**. In: STEPHEN, Gerrard Post (ed.). *Encyclopedia of bioethics*. Nova Iorque: Thomson Gale, v. 3, p. 1277-1280, 1995.
- BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. O Código Civil e o direito da personalidade. **Revista do CEPEJ**, n. 11, p. 37-64, 2009.
- BRASIL. **Código Civil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 22 jun. 2022.
- BRASIL. 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.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 jun. 2022.
- BRASIL. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 23 jun. 2022.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 3637, de 2012**. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=540322>. Acesso em: 19 mai. 2022.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 7364, de 2014**. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=611328>. Acesso em: 19 mai. 2022.

- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1540580/DF**. Quarta Turma. Relator Ministro Lázaro Guimarães (desembargador convocado do TRF 5ª Região), Relator para Acórdão Ministro Luís Felipe Salomão. Brasília, 4 set. 2018.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5097, DF. 2014. Relator: min. Nunes Marques. **Diário da Justiça da União**. Brasília. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4542708>. Acesso em: 19 mai. 2022.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5911, DF. 2018. Relator: min. Nunes Marques. **Diário da Justiça da União**. Brasília. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5368307>. Acesso em: 19 mai. 2022.
- FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de direito civil**: parte geral e LINDB. 15. ed. Salvador: Juspodivm, 2017.
- GODINHO, Adriano Marteleto. **Direito ao próprio corpo**: Direitos da personalidade e os atos de limitação voluntária. Curitiba: Juruá, 2014.
- GOGLIANO, Daisy. O consentimento esclarecido em matéria de bioética: ilusão de exclusão de responsabilidade. **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade de São Paulo, v. 104, p. 509-547, 2009.
- LAMY, Marcelo. **Metodologia da pesquisa jurídica**: técnicas de investigação, argumentação e redação. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- LEÓN, Carmen González. La protección del paciente y el consentimiento informado. **Revista Portuguesa de Direito da Saúde**, ano 6, n. 12, p. 15-32, jul./dez. 2009.
- LIMA, Éfren Paulo Porfírio de Sá. **El consentimiento informado**: estudio comparativo de los sistemas español y brasileño de protección al paciente. Salamanca: Ratio Legis, 2017.
- LIMA, Éfren Paulo Porfírio de Sá. O consentimento informado na teoria das obrigações. **Revista de direito civil contemporâneo**, v. 29, p. 147-172, out./dez. 2021.
- LIMA, Éfren Paulo Porfírio de Sá; PIRES, Gabriela Cronemberger Rufino Freitas. Consentimento informado na esterilização voluntária feminina: uma análise do art. 10, § 5º, da Lei Nº 9263/96 (lei do planejamento familiar) à luz da autonomia da mulher. **Revista Jurídica Eletrônica da UFPI**, v. 6, n. 1, 2019.
- LOPES JUNIOR, Dalmir. Conceito e prática do consentimento informado: uma análise das decisões judiciais do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Opinião Jurídica**, Fortaleza, v. 18, n. 28, p. 231-256, 2020.

- LORENZO Y MONTERO, Ricardo de; SÁNCHEZ CARO, Javier. Consentimiento informado. In: GÓMEZ Y DÍAZ-CASTROVERDE, José M.; SANZ LARRUGA, Javier; JUANE SÁNCHEZ, Miguel (coord.). **Lecciones de derecho sanitario**. A Coruña: Universidad da Coruña, 1999. p. 209-219.
- MEZZAROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Sevilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
- PIRES, Gabriela Cronemberger Rufino Freitas. **Consentimento informado como autodeterminação em matéria de saúde: capacidade para consentir e heterorrepresentação**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.
- PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flavio Cruz. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em Debate (UCPel)**, v. 15, n. 2, p. 111-125, jun. 2012.
- RODRIGUES JUNIOR, Otavio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. **Revista de informação legislativa**, Brasília, v. 41, n. 163, p. 113-130, 2004.
- SEOANE, José Antonio. La construcción jurídica de la autonomía del paciente. **Eidon**, v. 39, p. 13-34, jan./jul. 2013.
- SOARES, Flaviana Rampazzo. **Consentimento do paciente no direito médico: validade, interpretação e responsabilidade**. São Paulo: Editora Foco, 2021.
- STRAPASSON, Kamila Maria; BARBOZA, Estefânia Maria de Queiroz. A inconstitucionalidade do condicionamento da esterilização voluntária ao consentimento de terceiro. **Revista de Informação Legislativa: RIL**, Brasília, DF, v. 59, n. 234, p. 139-160, abr./jun. 2022.
- TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. Personalidade e capacidade na legalidade constitucional. Direito das pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de. **Direito das pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas: Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e Lei Brasileira de Inclusão**. Rio de Janeiro: Progresso, p. 227-248, 2016.