



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**

ISADORA DE SENA NOGUEIRA DOS SANTOS

**TRANSPLANTE DE ÚTERO INTERVIVOS: A (IM)POSSIBILIDADE DE
REALIZAÇÃO DA CONDUTA À LUZ DA PERSPECTIVA BIOJURÍDICA**

Salvador
2025

ISADORA DE SENA NOGUEIRA DOS SANTOS

**TRANSPLANTE DE ÚTERO INTERVIVOS: A (IM)POSSIBILIDADE DE
REALIZAÇÃO DA CONDUTA À LUZ DA PERSPECTIVA BIOJURÍDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Ana Thereza Meirelles Araújo.

Salvador
2025

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSAL. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

S237 Santos, Isadora de Sena Nogueira dos
Transplante de útero intervivo: a (im)possibilidade de realização da conduta
à luz da perspectiva biojurídica / Isadora de Sena Nogueira dos Santos.–
Salvador, 2025.
124 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria
de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Thereza Meirelles Araújo.

1. Transplante 2. Útero 3. Direitos Sexuais e Reprodutivos 4. Bioética
5. Feminismo 6. Liberdade Sobre o Próprio Corpo I. Araújo, Ana Thereza
Meirelles – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria
de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU: 34:614.253

TERMO DE APROVAÇÃO

ISADORA DE SENA NOGUEIRA DOS SANTOS

“TRANSPLANTE DE ÚTERO INTER VIVOS: A (IM)POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DA CONDUTA A LUZ DA PERSPECTIVA BIOJURÍDICA.”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre (a) em Direito da Universidade Católica do Salvador.


Salvador, 11 de fevereiro de 2025.

Banca Examinadora:


ANA THEREZA
MEIRELES
ARAUJO:00884160548

Assinado de forma digital
por ANA THEREZA MEIRELES
ARAUJO:00884160548
Dados: 2025.02.11 14:03:40
-03'00'

Prof.(a)s. Dr.(a)s. Ana Thereza Meirelles Araújo - UCSAL (orientadora)

Documento assinado digitalmente
 JESSICA HIND RIBEIRO COSTA
Data: 12/02/2025 08:16:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Jéssica Hind Ribeiro Costa - UCSAL (examinadora interna)

Documento assinado digitalmente
 LEANDRO REINALDO DA CUNHA
Data: 11/02/2025 22:53:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Leandro Reinaldo Cunha – UFBA (examinador externo)

Salvador, 11 de fevereiro de 2025.

Às mulheres, todas.

AGRADECIMENTOS

O ato de agradecer é dos mais difíceis, a natureza humana tende ao egoísmo e a dificuldade em se reconhecer como parte de um todo é vista diariamente nos pequenos atos da vida. Contudo, tenho tido a sorte de me reconhecer como um ser competente, porém dependente. Dependo das pessoas que me cercam para perceber a quão privilegiada tenho sido, o quanto o amor pode nos motivar a seguir em frente e como o poder da palavra dita pelo outro pode nos renovar e relembrar qual o nosso propósito na terra. Agradecer é um verbo que tem feito parte de mim a não muito tempo, mas que me ensinou a reconhecer a nossa pequenez diante da grandiosidade da vida e a gratidão por tudo que ela nos proporciona. Este capítulo que encerro tem sido um dos mais importantes na construção da minha história, ele acontece num momento de vida em que me vejo extremamente fortunada, seja pela família que tenho, pelos amigos que escolhi manter por perto, pelo trabalho que exerço ou apenas pelas peculiaridades do dia a dia. Assim, utilizo-me deste pequeno espaço para enaltecer as pessoas que têm me acompanhado até aqui e agradecer pela existência de todas elas, o cruzar de nossos caminhos, por mais breve que tenha sido, proporcionou mudanças em mim que sinto a cada dia e, por isso, muito obrigada! Agradeço sempre por ser filha de quem sou, não a toa as pessoas nos reconhecem assim e sou extremamente consciente e grata pelas semelhanças que reconheço e as que também ainda não sou capaz de ver; agradeço pela família que tenho, que sempre me apoia e me motiva a ser melhor, sabendo que a cada novo passo dado, fortaleço a existência de nossos semelhantes; agradeço pelas amizades que construí, especialmente as que a dança me deu, pois sem elas eu jamais conseguiria passar por tantas provações e manter a sanidade mental necessária para continuar; agradeço à dança, por me fazer completa e ser refugio nos momentos de angústia; agradeço ao meu trabalho, por ser privilegiada de trabalhar com o que amo e com pessoas que partilham desse amor e enxergam a vida de forma semelhante, me permitindo sair da zona de conforto sem a culpa de estar “dividindo meu tempo”; agradeço a todos os meus professores, por serem exemplo de luta e amor ao que fazem, vocês me inspiram e fazem acreditar no poder da educação. Por fim, agradeço a mim mesma, por não deixar que os obstáculos da vida sejam pedras no caminho, mas sim novos desafios a serem enfrentados e deixados para trás.

“Renda-se como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento”.

Clarice Lispector.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CC (Código Civil)
CEP (Comitê de Ética em Pesquisa)
CET (Central Estadual de Transplantes)
CFM (Conselho Federal de Medicina)
CJF (Conselho da Justiça Federal)
CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos)
CNJ (Conselho Nacional de Justiça)
CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)
CRFB (Constituição da República Federativa Brasileira)
CRM (Conselho Regional de Medicina)
DUBDH (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos)
DUDH (Declaração Universal de Direitos Humanos)
ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente)
FAB (Força Aérea Brasileira)
FIV (Fertilização In Vitro)
HLA (Antígeno Leucocitário Humano)
OMS (Organização Mundial de Saúde)
ONT (Organización Nacional de Transplantes)
OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde)
RPA (Reprodução Humana Assistida)
STF (Supremo Tribunal Federal)
SUS (Sistema Único de Saúde)
TRHA (Técnicas de Reprodução Humana Assistida)
USP (Universidade de São Paulo)

RESUMO

O transplante de útero é uma técnica experimental na qual uma mulher doa seu órgão reprodutor a outra que, por alguma razão, não é capaz de gestar, representando mais um avanço nas tecnologias reprodutivas e se mostrando como um grande aliado no combate à infertilidade feminina. Contudo, não há parâmetro legal na atualidade que viabilize a regulação da prática, especialmente com doadora viva. Isto se dá pelo fato de não se tratar de um transplante de órgão duplo que vá restaurar a saúde e garantir a sobrevivência da receptora, mas sim proporcionar a possibilidade de uma gestação, podendo o referido órgão ser retirado após o parto e tornando a doadora permanentemente infértil. Assim, esta pesquisa pretende responder os seguintes questionamentos: O transplante de útero inter vivos pode ser praticado no Brasil à luz da legislação vigente? Quais são os fundamentos bioéticos e biojurídicos que poderiam conferir legitimidade à prática? Para tanto, utilizou-se o método hipotético-dedutivo através do falseamento de hipóteses, numa pesquisa qualitativa que, através do arcabouço jurídico vigente, da legislação internacional e da doutrina, tem por objetivo, analisar a viabilidade da implementação do transplante de útero no Brasil, à luz da liberdade sobre o próprio corpo, considerando que na legislação atual há uma proibição quanto a doação em vida de órgãos não duplos e que não venham a resguardar a vida do(a) receptor(a). Este trabalho justifica-se, portanto, devido a observação de que o ordenamento jurídico trouxe algumas limitações para a doação de órgãos em vida, visando a preservação da integridade física e dignidade do(a) doador(a), contudo, tais limitações não foram devidamente exploradas pelo legislador, o que permite interpretar pela possibilidade de outros transplantes além daqueles já em vigor na prática médica. Dentre os principais resultados obtidos, destaca-se a análise crítica da imposição de gratuidade à doação de órgãos, vez que o doador é o único sujeito envolvido no processo de transplantação que não recebe qualquer tipo de contraprestação sobre o ato praticado, o que acaba por diminuir a oferta de órgãos no país. Além disso, conclui-se que a liberdade sobre o próprio corpo e a autonomia da mulher deve ser preservada, considerando se tratar de direito fundamental protegido constitucionalmente, estando limitada apenas pela análise médica quanto à viabilidade clínica do transplante. O consentimento devidamente informado é aliado à garantia da idoneidade do processo e da preservação da dignidade e integridade física da mulher. Contudo, considerando que o cenário atual do poder legislativo brasileiro ainda é majoritariamente composto por homens brancos e heterossexuais, demandas que envolvam o direito à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar da mulher ainda enfrentam resistência para serem devidamente regulamentadas. Por fim, conclui-se pela viabilidade do transplante de útero com doadora viva no Brasil, vez que não se vislumbram óbices na legislação específica quanto a doação de órgãos não duplos que não representem riscos à integridade física do doador.

Palavras-chave: Transplante. Útero. Direitos sexuais e reprodutivos. Bioética. Feminismo. Liberdade sobre o próprio corpo.

ABSTRACT

Uterus transplantation is an experimental technique in which a woman donates her reproductive organ to another who, for some reason, is not able to conceive, representing another advance in reproductive technologies and proving to be a great ally in the fight against female infertility. However, there is currently no legal parameter that makes it possible to regulate the practice, especially with a living donor. This is due to the fact that it is not a double organ transplant that will restore health and ensure the survival of the recipient, but rather provide the possibility of pregnancy, and the organ can be removed after delivery and making the donor permanently infertile. Thus, this research intends to answer the following questions: Can living uterus transplantation be practiced in Brazil in the light of the current legislation? What are the bioethical and biolegal foundations that could confer legitimacy to the practice? To this end, the hypothetical-deductive method was used through of the falsification of hypotheses, in a qualitative research that, through the current legal framework, international legislation and doctrine, aims to analyze the feasibility of implementing uterus transplantation in Brazil, in the light of freedom over one's own body, considering that in the current legislation there is a prohibition regarding the donation in life of non-duplicative organs that do not protect the life of the recipient. This work is justified, therefore, due to the observation that the legal system has brought some limitations to the donation of organs in life, aiming at the preservation of the physical integrity and dignity of the donor, however, such limitations were not properly explored by the legislator, which allows us to interpret the possibility of other transplants in addition to those already in force in medical practice. Among the main results obtained, the critical analysis of the imposition of free organ donation stands out, since the donor is the only subject involved in the transplantation process who does not receive any type of remuneration for the act performed, which ends up reducing the supply of organs in the country. In addition, it is concluded that the freedom over the woman's own body and autonomy must be preserved, considering that it is a constitutionally protected fundamental right, being limited only by the medical analysis as to the clinical feasibility of the transplant. Duly informed consent is combined with the guarantee of the suitability of the process and the preservation of the dignity and physical integrity of the woman. However, considering that the current scenario of the Brazilian legislative power is still mostly composed of white and heterosexual men, demands involving the right to reproductive health and family planning for women still face resistance to be properly regulated. Finally, it is concluded that uterus transplantation with a living donor is feasible in Brazil, since there are no obstacles in the specific legislation regarding the donation of non-double organs that do not represent risks to the physical integrity of the donor.

Keywords: Transplant. Uterus. Sexual and reproductive rights. Bioethics. Feminism. Freedom over one's own body.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O TRANSPLANTE NA LEI 9.434/1997	15
2.1 QUESTÕES PRELIMINARES	15
2.2 TIPOS DE TRANSPLANTE	21
2.2.1 Transplante <i>post mortem</i> e os pré-requisitos legais	21
2.2.2 Transplante inter vivos e condicionantes legais	25
2.2.2.1 Gratuidade	26
2.2.2.2 Requisitos legais	31
2.2.2.3 Consentimento: Notas preliminares	33
3 BIOÉTICA E FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS: REFLEXÕES SOBRE O PRESSUPOSTO DA LIBERDADE SOBRE O PRÓPRIO CORPO	35
3.1 A BIOÉTICA E SUA PROPOSTA DE CONTRIBUIÇÃO	35
3.1.1 A multiplicidade das matrizes e a escolha por abordagens adequadas	38
3.1.1.1 Bioética principialista: O foco no princípio da autonomia	39
3.1.1.2 Bioética feminista	48
3.1.1.3 Bioética Latinoamericana: Intervenção x proteção	50
3.1.2 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos	60
3.2 FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS	63
3.2.1 A dignidade da pessoa humana como pressuposto à discussão	63
3.2.2 A dimensão constitucional da liberdade	66
3.2.2.1 Liberdade de crença e consciência	68
3.2.2.2 Liberdade sobre o próprio corpo: Os limites constitucionais e legais à liberdade corporal	72
3.2.2.3 Aportes conceituais sobre a autonomia privada	78
4 A (IM)POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE DE ÚTERO ENTRE PESSOAS VIVAS NO BRASIL	80

4.1 O PAPEL DO FEMININO SOB UM OLHAR PATRIARCAL: PROBLEMÁTICAS DA LIGAÇÃO ENTRE A MULHER E A NATUREZA	80
4.2 QUESTÕES MÉDICAS DO TRANSPLANTE DE ÚTERO	85
4.2.1 Alternativas ao transplante: da preservação do bem-estar físico da doadora	93
4.2.2.1 Gestação por substituição	94
4.2.2.2 Útero Artificial	98
4.3 LIBERDADE SOBRE O PRÓPRIO CORPO E AUTONOMIA PRIVADA	102
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	114

1 INTRODUÇÃO

O transplante de útero é uma técnica experimental de transplantação de órgão que visa viabilizar a gestação intracorpórea em mulheres¹, que, por alguma razão, não são capazes de gestar. Atualmente, esta técnica tem sido experimentada em mulheres portadoras da síndrome de Rokitansky, uma condição congênita de malformação uterina que causa infertilidade.

Sendo assim, este trabalho busca responder os seguintes problemas: O transplante de útero inter vivos pode ser praticado no Brasil à luz da legislação vigente? Quais são os fundamentos bioéticos e biojurídicos que poderiam conferir legitimidade à prática?

Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, através do método hipotético-dedutivo, na qual se buscou por meio de artigos científicos, documentos internacionais e convenções, alcançar o objetivo de analisar a viabilidade da implementação do transplante de útero no Brasil, à luz da liberdade sobre o próprio corpo, considerando que na legislação atual há uma proibição quanto a doação em vida de órgãos não dúplices e que não venham a resguardar a vida do(a) receptor(a).

Este trabalho justifica-se, portanto, devido a observação de que o ordenamento jurídico trouxe algumas limitações para a doação de órgãos em vida, visando a preservação da integridade física e dignidade do(a) doador(a), contudo, tais limitações não foram devidamente exploradas pelo legislador, o que permite interpretar pela possibilidade de outros transplantes além daqueles já em vigor na prática médica.

A autonomia e o exercício da liberdade sobre o próprio corpo são os principais alicerces para a construção de um aporte permissivo ao transplante, já que a disposição sobre o próprio corpo, desde que não cause diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes do sujeito, é permitida pelo ordenamento jurídico brasileiro.

Neste trabalho, o tema será proposto a partir de três principais vieses. O primeiro viés de abordagem é o puramente jurídico, no qual será feita uma análise da legislação vigente, em especial a Lei de Transplantes, a fim de compreender quais as diferenças entre um transplante de órgãos com doador falecido e através de doador vivo, para verificar quais são as limitações

¹ Neste trabalho, o termo mulheres será utilizado de forma *latu senso*, abrangendo todas as pessoas que se identificam com o gênero feminino no intuito de gerar maior fluidez à leitura. Contudo, em alguns pontos da pesquisa, haverá o direcionamento ao aspecto biológico do termo, vez que falar-se-á sobre as particularidades do órgão genital feminino, abrangendo, assim, todas as pessoas que gestam.

e obstáculos a serem enfrentados pelo transplante de útero para que este possa ser regulado e considerado viável no Brasil.

Assim, destaca-se a análise dos requisitos legais para doação de órgãos em vida, com enfoque na análise do consentimento do(a) doador(a), considerando, para tanto, a importância do reconhecimento das vulnerabilidades de cada sujeito e como isso deve interferir no processo de obtenção do consentimento.

Além disso, faz-se uma análise crítica a respeito da exigência do caráter gratuito à doação em vida, vez que a única pessoa que não recebe qualquer tipo de contraprestação durante o processo é aquela que mais cede a ele.

Dentro desta discussão, nota-se que o ordenamento jurídico, em que pese proíba a remuneração direta do(a) doador(a), criou mecanismos de incentivo à doação através da concessão de benefícios indiretos, o que permite concluir que não haveria motivação de fato para a proibição de uma compensação financeira pelos prejuízos e tempo despendidos pelo(a) doador(a).

O segundo viés desta pesquisa é voltado para a análise bioética e constitucional do tema. Nesta etapa da pesquisa, é feita uma introdução acerca da contribuição da bioética para análise e discussão de temas que envolvam a relação médico-paciente e questões em saúde como um todo.

Foi escolhido, como fundamentação teórica, a bioética feminista, pois o estudo de gênero é essencial para o desenvolvimento desta pesquisa, especialmente por se tratar de tema que discute a liberdade sexual e reprodutiva de mulheres, não deixando de lado a interseccionalidade que o tema exige para enfrentar, também, as nuances que envolvem questões de raça no Brasil.

Fundamenta também a pesquisa, a bioética latino-americana. Neste sentido, trouxe-se tanto a bioética de intervenção, que busca alternativas interventivas de garantia da dignidade humana por meio de políticas públicas, bem como a bioética de proteção, importante ferramenta de emancipação dos sujeitos vulnerados, que permite estabelecer mecanismos de fortalecimento da autonomia do indivíduo e, conseqüentemente, da sua liberdade.

Do ponto de vista constitucional, buscou-se o amparo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, vez que este é o documento internacional de maior relevância e reconhecimento dentro da bioética, para iniciar as discussões quanto a liberdade e seus limites na garantia de direitos fundamentais.

Portanto, será feita uma análise acerca das dimensões e limites da liberdade, com enfoque na liberdade de crença e consciência, buscando fazer um intermédio entre o poder de

compreensão do sujeito e os elementos subjetivos que podem interferir na sua tomada de decisão, a exemplo da religião ou de outras convicções de ordem moral, definindo, também, a importância de reconhecer que a sacralização da vida tem limitado o alcance dos debates sobre saúde sexual e liberdade reprodutiva nas sociedades de forte influência religiosa, como o Brasil.

A liberdade sobre o próprio corpo também é explorada nesta fase da pesquisa, com o intuito de questionar qual o limite da proteção estatal sobre o corpo humano e porque tal limitação se justificaria.

O último capítulo de desenvolvimento traz um contraponto entre o aspecto jurídico e bioético, através de uma análise de gênero sobre a evolução dos direitos das mulheres, evidenciando o imaginário ainda persistente sobre o papel do feminino na sociedade.

O transplante de útero passa a ser analisado, então, a partir de suas peculiaridades científicas, sendo feita uma análise detalhada do processo cirúrgico ao qual as mulheres precisariam se submeter e quais os riscos e eventuais pontos positivos que possam corroborar a viabilidade da prática no país.

Ainda da análise da possibilidade de realização do transplante no Brasil, apresentam-se alternativas a ele, como propostas substitutivas e eventualmente menos lesivas às mulheres. Isso se dá pelo fato de que, para além de ser uma cirurgia complexa e ainda em fase experimental, há a recomendação de retirada do útero após a possível gestação, para preservação da saúde da receptora, considerando que, por se tratar de pessoa que foi submetida a uma cirurgia de recebimento de um novo órgão, é preciso que esta utilize uma série de medicamentos para imunossupressão a fim de evitar a rejeição deste.

Considerando todas as peculiaridades envolvidas no tema é que se finaliza esta pesquisa com uma análise aprimorada a respeito da liberdade sobre o próprio corpo e se seria de fato viável, dentro do ordenamento jurídico brasileiro, a implementação do transplante de útero.

2 O TRANSPLANTE NA LEI 9.434/1997

A noção de possibilidade de substituição de órgãos doentes do corpo por órgãos saudáveis é historiada há pelo menos três mil anos na Medicina mitológica, com contos que revelam registros desde a Índia antiga e da China, realizados por anciões e curandeiros (Sá; Naves, 2023, p. 277).

No mundo atual, por sua vez, a Medicina dos séculos XV e XVI registra as primeiras tentativas de transplantação de partes do corpo humano, apesar de não guardarem sucesso devido à precariedade do conhecimento acerca de contração de bactérias e infecções à época (Sá; Naves, 2023, p. 279).

O primeiro registro de um transplante remonta ao ano de 1890, em Glasgow, na Escócia. Contudo, o transplante que mais marcou a história da Medicina foi o realizado pelo médico Christian Barnard, na Cidade do Cabo, África do Sul, onde realizou-se um transplante de coração. Na ocasião, o coração de um homem foi substituído pelo de uma mulher que havia falecido em decorrência de um acidente de trânsito (Sá; Naves, 2023, p. 279).

Esse transplante foi um marco na Medicina, especialmente no que tange ao conceito de morte, já que se passou a desconsiderar a parada cardiorrespiratória como critério definidor, substituindo-a pela morte encefálica (Sá; Naves, 2023, p. 281-282).

O transplante de órgãos sempre foi tema amplamente debatido no Brasil. Muitas foram as mudanças ocorridas na legislação ao passar do tempo, devido à receptividade da população, ou sua ausência, a respeito do tema.

Isto se dá pois pouco se discute sobre questões de fim de vida no país, havendo quase nenhum incentivo às conversas sobre diretivas antecipadas de vontade e seus impactos para além da vida do sujeito.

Neste capítulo, abordam-se todas as questões jurídicas que permeiam a discussão sobre o transplante de órgãos, especialmente os dilemas envoltos sobre o consentimento para doação, a preservação da autonomia do doador falecido, assim como críticas ao caráter gratuito da prática.

2.1 QUESTÕES PRELIMINARES

A lei que rege o Transplante de Órgãos, Tecidos e Partes do Corpo Humano no Brasil é a Lei n. 9.434/97, que já passou por algumas alterações desde a sua promulgação, especialmente no que tange ao consentimento para doação de órgãos *post mortem*.

A primeira legislação a tratar do Transplante de Órgãos no Brasil foi a Lei n. 4.280/1963 que era a legislação responsável pelo tratamento do tema. Contudo, a referida lei tinha como ementa a seguinte menção: “Dispõe sobre a **extirpação** de órgãos ou tecidos de pessoa falecida” (destaque da autora). Note-se que o uso do termo “extirpação” não possui uma conotação positiva, já que remonta à ideia de retirada violenta e não consentida de órgãos (Maynard *et al*, 2015, p. 126).

Tal legislação não previa a possibilidade de transplante de órgãos entre vivos, limitando-o aos doadores falecidos que, à época, eram denominados de cadáveres. Já no que tange ao consentimento para retirada de órgãos, nota-se que havia uma prioridade à preservação da vontade da pessoa falecida, que somente era suprimida na falta de conhecimento de sua vontade, oportunidade à qual a decisão sobre a doação passaria ao cônjuge, parentes de até 2º grau ou de corporações civis ou religiosas. Ressalta-se que o consentimento do falecido seria preservado se houvesse uma autorização expressa e por escrito, feita em vida (Maynard *et al*, 2015, p. 126).

Ainda, não havia critérios bem definidos para constatação da morte do doador, sendo necessário apenas que esta fosse “provada de maneira cabal”. A falta de critérios objetivos para a definição do momento da morte se mostra inadequada, vez que permite múltiplas interpretações quanto a este momento, gerando insegurança jurídica (Maynard *et al*, 2015, p. 126).

A Lei n. 4.280/63 foi revogada pela Lei n. 5.479/1968, que retirou os termos “extirpação” e “cadáver” da legislação, substituindo-os por “retirada” e “pessoa falecida”. Passou-se também a permitir a doação de órgãos em vida. Assim como sua antecessora, a Lei n. 5.479/68 priorizava a vontade do doador falecido, considerando a autorização familiar como opção subsidiária. Todavia, trouxe a restrição de utilização do transplante apenas quando “esgotados todos os outros meios de tratamento”, sendo medida extrema e excepcional a ser utilizada (Maynard *et al*, 2015, p. 127).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, tem-se a elevação da doação e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para matéria constitucional, por força do mandamento previsto no artigo 199, parágrafo 4º da Carta Magna² (Maynard *et al*, 2015, p. 127).

² Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Muitos foram os debates acerca da melhor forma de obter este consentimento, sempre com a preocupação de respeito à autonomia da pessoa falecida, considerando que, como sujeito de direitos, esta detém direitos da personalidade que devem ser preservados ainda que não esteja mais viva.

O incentivo à política de doação de órgãos é muito importante, considerando que um único doador é capaz de salvar até oito vidas (Martins, 2020, p. 9). Nessa linha, emerge uma análise à luz da Lei n. 9.434/1997, já que esta é fundamental, uma vez que delinea os fundamentos principais do transplante de órgãos e é a legislação a ser observada nestes casos.

Compreender o processo de doação de órgãos como um todo se faz extremamente necessário para desmistificar tabus que foram criados em sociedade e que impedem o aumento do número de doações.

A antiga redação do art. 4º da Lei n. 9.434/97 dispunha que todos eram presumidos doadores, a não ser que declarassem o contrário expressamente em seu documento oficial de identidade. Essa redação foi um tanto controversa, tanto do ponto de vista ético, pois violava a autonomia pessoal e o direito de autodeterminação dos possíveis doadores, vez que não reconhecia o direito ao consentimento esclarecido, quanto sob a ótica social, pois tal determinação causou um pavor generalizado na população à época, principalmente às classes mais populares, onde tirar documentos essenciais ainda era difícil, medo causado também pela desinformação.

O equívoco da lei se estabelece ao ignorar a autonomia e os direitos individuais, ao invés de promover amplo debate a respeito da doação de órgãos e tecidos, a fim de desmistificar estigmas a respeito do tema e, assim, preparar a sociedade e incentivá-la a doar órgãos, verdadeiro intuito da legislação (Silveira *et al*, 2009, p. 70).

Mais tarde, houve a revogação da obrigatoriedade de manifestação, em vida, contrária à doação compulsória de órgãos.

[...] A revogação da lei deu-se pela Medida Provisória 1.718, de 6 de outubro de 1998, acrescentando o seguinte dispositivo ao parágrafo 6º do artigo 4º da Lei 9.434 em vigor: Na ausência de manifestação da vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrário à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplantes e doação (Silveira *et al*, 2009, p. 70).

Ainda assim, constatou-se que cerca de 90% dos familiares negaram-se a autorizar a doação de órgãos, o que forçou uma nova reforma da letra da lei, através da Medida Provisória n. 1.959-27 de 2000 e posteriormente pela Lei n. 10.211/01.

Esses dispositivos estabelecem, entre outras, as seguintes alterações quanto à autonomia do doador e de seus familiares: A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas, para transplante ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização de qualquer um de seus parentes maiores, na linha reta ou colateral, até

segundo grau inclusive, ou do cônjuge, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à certificação de morte (Silveira *et al*, 2009, p. 70).

Em suma, o ordenamento jurídico brasileiro tem caminhado em busca de equilibrar a doação de órgãos e o respeito à autonomia do doador, contudo, nota-se uma contradição normativa, vez que ainda se exige consentimento dos familiares para doação de órgãos de doador falecido, em desconsideração à manifestação de vontade do doador em vida.

O Brasil, sendo um país de proporções continentais, possui o potencial de se tornar o maior centro de transplante de órgãos do mundo. Contudo, no ranking mundial, quem lidera em quantidade de procedimentos por espaço demográfico são países da Europa que, mesmo de pequenas proporções, souberam criar políticas de incentivo eficazes, garantindo, assim, uma boa taxa de autorização para doação de órgãos *post mortem*.

O Brasil tem destaque na área de transplante, especialmente por possuir o melhor sistema público do mundo, financiado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) (Martins, 2020, p.7).

Ademais, o país só perde para os Estados Unidos em número de transplantes, o que não representa sinônimo de uma boa taxa de doadores, nesta lista, estamos em 26º (vigésimo sexto) lugar, com uma taxa de 5,4 doadores por milhão de habitantes/ano, devendo buscar inspiração na Espanha, líder mundial no ranking (Matia *et al*, 2010, p. 67).

A Espanha traz resultados satisfatórios pois sua organização diante do complexo processo de doação de órgãos gira em torno da autonomia dos profissionais treinados justamente para a detecção dos doadores, apoiada na função dos coordenadores de transplantes (Ferreira *et al*, 2015, p. 193).

Em comparação, enquanto em 2017 a Espanha teve 46,9 doadores PMP, a União Europeia registrou 21,5 PMP; Estados Unidos, 30,8 PMP; França, 28,7 PMP; Itália, 24,7 PMP; Reino Unido, 21,6 PMP; e Canadá, 19,0 PMP⁹. No Brasil, a média foi de 16,6 PMP” (Coelho; Bonella, 2019, p. 421).

Com base na legislação espanhola, toda pessoa falecida é presumida como doadora de órgãos, mas, na prática, ainda há uma consulta aos familiares e, em geral, sua opinião é respeitada. Apesar dessa presunção, diferente do que se viu no Brasil, as entrevistas familiares costumam ser bem sucedidas. Em 2017, registrou-se um percentual de 87,1% (oitenta e sete vírgula um por cento) de consentimento familiar (Coelho; Bonella, p. 421, 2019).

O divisor de águas no sucesso da taxa de transplantes na Espanha se deu com a criação da *Organización* Nacional de Transplantes, a ONT. A organização foi criada em 1989 e em apenas três anos o país se tornou líder mundial neste tipo de cirurgia, posto que ocupa e mantém desde então. Anteriormente à existência da ONT, a recusa familiar ultrapassava os índices de 27%, mas, desde então, passou-se a implantar uma série de medidas para reverter este quadro,

“[...] incluindo adequações na legislação e condicionantes técnicos, econômicos, políticos e médicos” (Coelho; Bonella; 2019, p. 421).

O modelo espanhol baseia-se na coordenação de transplantes em três níveis: nacional, autônomo e hospitalar. Os dois primeiros níveis são financiados pela administração sanitária nacional e mantêm uma interface com os níveis políticos, administrativos e profissionais. O nível hospitalar refere-se à coordenação intra-hospitalar – na qual o Brasil também se estrutura em relação à doação de órgãos: um médico atua como coordenador e uma equipe de pessoas treinadas do próprio hospital realiza as atividades relativas à captação de órgãos (detecção de potenciais doadores, entrevista familiar, apoio à família etc.). Nesse modelo, há um reembolso para as atividades referentes à captação de órgãos realizada no hospital, e um método eficaz de auditorias no protocolo de morte encefálica (ME) garante a qualidade do processo. O modelo espanhol também conta com um sistema de educação e de divulgação na mídia e com um canal telefônico aberto, no qual estão disponíveis informações acerca do processo de doação e transplante para o público em geral” (Coelho; Bonella, 2019, p. 421).

Muito do sucesso do modelo espanhol vem da sua preocupação com o treinamento para comunicação de más notícias, bem como de convencer a família da importância da doação de órgãos. Além disso, outro fator importante e que já foi citado é o papel central do coordenador de transplante (Coelho; Bonella; 2019, p. 422).

Brasil e Espanha possuem um acordo de cooperação técnica muito interessante, no qual, além do fornecimento de cursos para formação de coordenadores das centrais de transplante, há também a previsão de formação de equipes de cirurgiões em campos inéditos ou pouco explorados no país, como o transplante de múltiplos órgãos (Coelho; Bonella, 2019, p. 422).

Alexandre Marinho (2011, p. 121) acredita que a participação ativa da população nas decisões a respeito do transplante e doação de órgãos representaria um aumento da transparência do processo e, conseqüentemente, na adesão da população, contribuindo, assim, para um aumento da oferta de órgãos e diminuição da fila de espera. Assim, propõe um modelo de divisão das listas de prioridade de atendimento com base em microrregiões, com formação de polos regionais dentro das próprias unidades federativas, possibilitando um maior controle das doações.

Na França, tem-se a Lei de Saúde. Nela se estabelece que, a partir de 1º de janeiro do ano de 2017, as pessoas que não se opusessem expressamente à doação de seus órgãos, seriam presumidas doadoras, sem a possibilidade de recusa oral por parte dos familiares, sendo necessária uma manifestação formal de recusa no registro nacional do falecido. Em 2015, a taxa de recusa familiar no país era de 32,5% (trinta e dois vírgula cinco por cento) (Coelho; Bonella, 2019, p. 423).

De forma semelhante ocorre na Holanda, onde desde o ano de 2020 todos os cidadãos maiores de 18 anos são presumidos doadores de órgãos caso não manifestem interesse contrário.

Também na Bélgica e em Portugal é possível encontrar legislação semelhante neste sentido (Coelho; Bonella, 2019, p. 423).

Existem diferenças nas competências dadas aos profissionais no processo de transplante. Nos Estados Unidos, por exemplo, a enfermagem é dividida em dois setores: o dos enfermeiros clínicos e dos enfermeiros coordenadores. Estes, além de desempenhar as tarefas burocráticas do hospital, possuem a prerrogativa de acelerar o procedimento de procura de órgãos, administrando todo o processo, o que representa uma liberdade maior do que a tida pelos enfermeiros brasileiros (Huertas, 2015, p. 77).

Uma diferença que impacta no fluxo do transplante de órgãos é a distribuição não igualitária de transplantes pelo país, diferente do que se visualiza nos Estados Unidos, por exemplo, onde o transplante de órgãos é realizado em todos os estados de forma igualitária (Huertas, 2015, p. 78).

No Brasil, é possível notar que, em média, é nos Estados com maior desenvolvimento econômico/social, bem como do sistema de saúde, que se encontram os maiores números de doações, tanto em potencial quanto efetivas (Souza; Farias, 2019, p. 69). Isso faz transparecer a não distribuição igualitária ainda existente quanto ao acesso ao transplante no país (Marinho, 2011, p. 120).

No que tange à definição de morte para autorização de transplante, não há uma unanimidade. As definições de morte encefálica, bem como seu procedimento para diagnosticá-la, diferem em todo o mundo.

[...] Em muitos países europeus foram adotadas definições de morte tendo como foco apenas a função do tronco encefálico. Nestes países, por exemplo, o teste para a atividade cortical pode ser desconsiderado se o teste da apneia indicar morte do tronco encefálico. Por outro lado, nos Estados Unidos, a definição de morte encefálica requer demonstração de ausência de atividade tanto cortical quanto do tronco encefálico (Silveira et al, 2009, p. 64).

Com base nessa discrepância de informações, os padrões para declaração de morte encefálica têm sido determinados pelas próprias entidades hospitalares, tornando os padrões específicos de prática médica, meras diretrizes (Silveira et al, 2009, p. 64).

Outro fator que retira o Brasil do topo da lista de doadores por milhão de habitantes é o fato de que poucos são os cursos ofertados para médicos e enfermeiros que disciplinam a prática do transplante de órgãos. É de extrema importância que tais profissionais estejam capacitados para tanto. Os enfermeiros, por exemplo, são peça chave no que tange à prevenção, detecção, tratamento e acompanhamento, pré e pós operatório, conhecimentos que não serão adquiridos com cursos complementares, palestras ou pesquisas, como se vê na prática (Huertas, 2015, p. 77).

É nesse contexto que este capítulo busca compreender a evolução da Lei de Transplantes no Brasil e o procedimento de declaração de morte para fins de doação, tentando demonstrar o que tem sido feito para garantir que as pessoas consentam com a realização do transplante, assim como os dilemas que envolvem a doação de órgãos entre vivos.

2.2 TIPOS DE TRANSPLANTE

O transplante de órgãos pode ser realizado tanto com doador vivo quanto falecido. Contudo, existem diferentes regras para cada tipo de transplante, assim como diferentes obstáculos a serem enfrentados.

Ao tratar do transplante inter vivos, por exemplo, é preciso ter muita atenção ao processo de obtenção do consentimento do doador, a fim de não causar-lhe prejuízos, bem como identificar quais são os eventuais limites para sua realização. Já no transplante com doador falecido, muito se questiona acerca da preservação de sua autonomia *post mortem*.

Assim, tem-se a importância de compreender as nuances do transplante de órgãos de acordo com as suas peculiaridades para identificar meios de enfrentamento dos pontos controvertidos identificados.

2.2.1 Transplante *post mortem* e os pré-requisitos legais

A finitude da vida é objeto de calorosos debates na sociedade atual, especialmente devido o fato de sua negação pela população. Assim, conflitos acerca da disposição do corpo humano ainda que após a morte geram inúmeras inquietações no âmbito sociológico e jurídico.

No que pese o quanto disposto pelos artigos 13 e 14 do Código Civil³ a respeito da disposição gratuita do corpo humano, muito se debate acerca da abrangência deste dispositivo, vez que há a interpretação quanto a necessidade de regramento específico sobre o tema no que tange à doação de órgãos *post mortem*.

³ Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

Parágrafo único. O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial.

Art. 14. É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte.

Parágrafo único. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo.

Autores como Leandro Reinaldo da Cunha (2023, p. 3-4) compreendem que o quanto disposto no referido *códex* traz um conflito aparente de normas, vez que enquanto o art. 13 determina a necessidade de lei especial, o art. 14 não impõe qualquer limitação quanto à disposição do próprio corpo, especialmente após a morte.

Isso se dá pois o referido artigo traz menção específica a respeito da destinação do corpo *post mortem*, o que possibilita a interpretação quanto à desnecessidade de regramento específico ao tema, pois:

A inteligência basilar do caput do art. 13 do Código Civil é de que ele se aplica exclusivamente à disposição do corpo de quem está vivo [...] Se o caput rege o contido em seu parágrafo, certamente a determinação de atenção à lei especial está adstrita apenas à disposição do corpo de quem ainda não faleceu (Cunha, 2023, p. 4).

Essa compreensão é importante para determinar a preservação da autonomia do doador, ainda que após a morte, todavia, sabe-se que o posicionamento majoritário tem prezado pela atenção ao quanto determinado pela legislação especial de transplantes.

A Lei n. 9.434/1997 é a responsável por reger o transplante de órgãos no Brasil e, devido a diversas polêmicas, especialmente acerca do consentimento do doador, em 2017, foi publicado o Decreto n. 9.175/2017, que traz especificações quanto a este processo, também trazendo a necessidade de consentimento dos familiares do doador falecido.

Muito do quanto disposto pela legislação especial busca o incentivo à doação de órgãos e partes do corpo humano. Isto se dá pois o fator sociológico inerente ao tema é ponto de crucial atenção. Caso o entendimento a respeito da prevalência do quanto disposto no art. 14 do Código Civil fosse o atualmente aplicado, seria possível imaginar uma redução da lista de espera para transplantes no país.

Contudo, observa-se a aplicação de inúmeras táticas para otimização do transplante de órgãos. Dentre as mudanças trazidas pelo referido Decreto, destaca-se a disponibilização das Forças Armadas Brasileiras (FAB) junto à Central Estadual de Transplantes (CET) para gerar agilidade no transplante dos órgãos. Outra mudança positiva foi a modernização do conceito de família e parentesco, abrangendo o companheiro como autorizador da doação, não somente o cônjuge (Martins, 2020, p. 12-13).

No Brasil, a captação de órgãos pode advir de doadores vivos ou mortos com o coração batendo. Apesar de possível, a doação de órgãos originada de animais de outras espécies ainda não é aprovada no país (Silveira *et. al.*, 2009, p. 62).

O conceito de morte foi mudando ao longo dos anos e hoje entende-se que este momento ocorre com a morte encefálica, em conformidade com o art. 3º, da Lei n. 9.434/1997

(substituindo o entendimento anterior de que tal aferição ocorria com a parada cardiorrespiratória). Esta constatação foi importante para a comunidade médica, pois permitiu disponibilizar mais e melhores órgãos para transplante (Silveira *et al*, 2009, p. 62).

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n. 1.480/97, determinou critérios e princípios a serem adotados no diagnóstico de morte encefálica, a partir do conceito estabelecido pela Comunidade Científica Mundial. Esse diagnóstico é estabelecido através de anamnese, exame físico e exames laboratoriais, veja-se (Silveira *et al*, 2009, p. 64):

- a. Paciente com doença estrutural ou metabólica conhecida e irreversível, na ausência de intoxicação exógena recente, uso de depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), bloqueio neuromuscular e/ou hipotermia primária, na certeza de que todas as medidas de proteção encefálica já tenham sido realizadas (metabólicas, hemodinâmicas etc.). A causa do coma deve ser estabelecida desde o início;
- b. Perda da função de todo encéfalo, inclusive do tronco encefálico, levando a um estado permanente de inconsciência;
- c. Positividade ao teste de apneia (Silveira *et al*, 2009, p. 64-65).

O diagnóstico de morte cerebral obedece ao que preconiza a Lei n. 9.434/97 e a Resolução nº 2.173/17 do CFM. Veja-se:

[..] o potencial doador deverá ser submetido a uma avaliação clínica e a um exame complementar por dois médicos não participantes das equipes de transplante, e pelo menos um deles deverá ser neurologista, neurocirurgião ou neuropediatra com título de especialista devidamente registrado. Portanto, a morte encefálica pode ser caracterizada pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo (hemisférios cerebrais e tronco cerebral), de causa conhecida e determinada de forma inequívoca, sendo que a especificidade do diagnóstico deve ser de 100% (Ferreira *et al*, 2015, p. 201).

Já em relação às pessoas não identificadas (art. 6º, Lei n. 9.434/97), o ordenamento pátrio veda a remoção de tecidos, órgãos ou partes do corpo. Trata-se de uma proteção da dignidade daquele indivíduo que por alguma razão não pôde ser identificado.

O decreto que regulamenta a legislação atual (decreto n. 2.268/1997) determina que a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano só pode ser feita por equipe especializada para tanto e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, através de autorização prévia do Ministério da Saúde. Tal restrição é importante para garantia da segurança do procedimento, pois permite que o processo seja realizado dentro dos padrões técnicos estabelecidos para tanto (Maynard *et al*, 2015, p. 131).

A partir da identificação da equipe médica de um potencial doador, o hospital deve notificar a CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) para que encaminhem um profissional encarregado de entrevistar a família a respeito da possibilidade de autorização da doação dos órgãos do falecido. Havendo autorização, passa-se a um cruzamento das características do doador com possíveis receptores. Ao encontrar uma compatibilidade, uma

equipe fica encarregada de analisar o órgão que será encaminhado para o centro de transplante, enquanto outra equipe aguarda o órgão. Após o transplante, o receptor passa a necessitar cumprir uma rotina de medicações e novos hábitos para garantir o bom funcionamento do órgão (Martins, 2020, p. 9).

Os doadores em morte encefálica podem doar os seguintes órgãos: coração, pulmões, rins, fígado, pâncreas e intestino. Os tecidos que podem ser doados são: córneas, esclera, pele, ossos, cartilagens, tendões, meniscos, fásia muscular, válvulas cardíacas e vasos sanguíneos (Westphal et al., 2019) (Trigueiro *et. al*, 2020, p. 29).

Além do diagnóstico de morte encefálica, existem alguns protocolos que devem ser seguidos pela equipe médica. Primeiro, deve haver a informação do diagnóstico à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado. Essa notificação é compulsória e independe do consentimento da família do falecido/potencial doador. Após este procedimento é que a família deve ser orientada sobre o processo de doação de órgãos. Esta consulta precisa ser clara e objetiva, a fim de esclarecer todas as dúvidas dos familiares e garantir que tudo foi compreendido (Silveira *et al*, 2009, p. 65).

No que tange ao consentimento para transplante de órgãos com doador falecido, houve uma alteração da legislação atualmente em vigor pela Lei n. 10.211/2001 que exige a autorização da família do doador. Esse critério é tido como limitador, vez que não existe amparo jurídico para preservação da vontade do doador falecido, ainda que este manifeste esse desejo em vida. Ou seja, a autonomia da pessoa falecida é completamente extirpada após sua morte, sendo o poder decisório depositado em sua família (Maynard *et al*, 2015, p. 129).

Note-se que a referida alteração acabou por desprestigiar o doador falecido como sujeito de direito, a partir do momento que põe nas mãos de seus familiares a inteira responsabilidade sobre a doação de seus órgãos, tecidos e partes do corpo. Ainda que este sujeito manifeste publicamente em vida seu desejo em ser doador após a morte, seja por documento escrito ou qualquer outro meio formal e idôneo, o aval final virá das pessoas de sua família e de suas convicções pessoais acerca do destino de seus órgãos (Maynard *et al*, 2015, p. 130).

É importante frisar que a manifestação de vontade expressada pelo doador em vida não deve ser menosprezada, tampouco sobreposta à vontade de outrem. Destaca-se, aqui, o quanto disposto pelo art. 4º da Lei n. 9.434/97, bem como o art. 17 do Decreto 9.175/17, que determinam a prevalência da vontade da pessoa falecida em detrimento da de seu cônjuge ou parente, ainda que na prática este não seja o entendimento usual (Cunha, 2023, p. 5).

Este, inclusive, é o maior fator limitante no sucesso dos transplantes de órgãos no país. O consentimento da família dos pacientes considerados doadores em potencial se mostrou como

o fator de maior importância para a efetivação dos transplantes (Pessalacia; Cortes; Ottoni, 2011, p. 671).

O processo de obtenção do consentimento da família deve ser livre de vícios e erros, além de ser sempre voluntário e consciente. Não há que se falar, sob nenhuma hipótese, em coação, ameaça ou simulação que impeça a livre manifestação de vontade daquele que irá prestar, ou não, seu consentimento (Silveira *et al*, 2009, p. 65-66).

É importante que o profissional de saúde consiga transmitir ao familiar a importância da doação de órgãos, que consiga transmitir a ideia de que se trata de uma oportunidade de trazer sentido e significado ao falecimento daquele ente querido, mas nunca ultrapassar os limites da razoabilidade ao fazê-lo, respeitando o momento de luto enfrentado pela família, bem como suas convicções pessoais e religiosas. Por isso é importante haver uma equipe de captação de órgãos multiprofissional, devidamente capacitada.

O profissional de saúde também deve salientar a mutabilidade do consentimento, entendendo que este pode ser revogado a qualquer momento, sem que seja imputada qualquer espécie de reprimenda ou sanção, de ordem moral ou legal, ao paciente ou familiar do doador (Silveira *et. al*, 2009, p. 66).

No Brasil, não há um grande estímulo à doação de órgãos, combinado com o fato de que as pessoas não possuem boa compreensão a respeito da morte encefálica, o que acaba por gerar uma limitação na oferta de doação. Uma entrevista inadequada com os familiares do doador pode gerar uma negativa de autorização. Em verdade, isso ocorre cerca de 40% (quarenta por cento) das vezes. Além destas questões, fatores como a falta de identificação e notificação de um potencial doador, cuidados inadequados com estes e dificuldades no contato com as equipes de transplante tornam essa realidade ainda mais escassa (Matia *et al*, 2010, p. 68).

A Lei n. 10.406/2002, popularmente conhecida como “Código Civil”, também trata do transplante de órgãos, mais especificamente no capítulo sobre os direitos da personalidade (art. 14, parágrafo único). O Códex ratifica o caráter constitucional do tema, ao permitir a disposição sobre o próprio corpo, em vida e *post mortem*, estabelecendo, contudo, a necessidade de gratuidade da referida disposição (Maynard *et al*, 2015, p. 132).

2.2.2 Transplante inter vivos e condicionantes legais

No que tange ao transplante entre vivos, diferente do que ocorre no *post mortem*, a iniciativa para o transplante parte do próprio doador, que manifesta seu desejo em participar do procedimento. Normalmente, o doador é alguém próximo do receptor, seja por parentesco ou amizade (Huertas, 2015, p. 75).

O artigo 9º da Lei de Transplantes dispõe que:

É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do §4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea.

Além disso, o processo de doação intervivos é menos complexo do que o realizado em pessoas com morte encefálica. Basta que o possível doador realize uma série de exames a fim de diagnosticar alguma complicação impeditiva do transplante, como possíveis doenças ou grande chance de incompatibilidade e/ou rejeição. Caso o resultado seja positivo para o transplante, basta que o doador siga as orientações médicas e o processo se inicia (Huertas, 2015, P. 75).

Assim, neste trecho do capítulo, serão analisados os principais pontos atinentes ao transplante de órgãos inter vivos, especialmente considerando sua pertinência para essa pesquisa. Fatores como autonomia, consentimento e gratuidade da prática ganham ênfase nessa construção, como será debatido a seguir.

2.2.2.1 Gratuidade

Durante a vigência da Lei n. 4.280/1963, não havia qualquer disposição acerca do caráter gratuito do transplante de órgãos, o que abria margem para discussões a respeito da possibilidade de sua comercialização (Maynard *et al*, 2015, p. 126).

Já a Lei n. 5.479/1968 passou a proibir, ainda que implicitamente, a disposição onerosa de órgãos e tecidos do corpo humano, como se destaca da leitura do artigo 1º da referida legislação: “A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo *post mortem*, para fins terapêuticos, é permitida na forma desta lei”. Esta previsão alterou substancialmente a abordagem do tema (Maynard *et al*, 2015, p. 127).

A Constituição Federal corroborou o quanto disposto na referida legislação, vedando de forma expressa a disposição onerosa do próprio corpo, ou seja, vedando a comercialização de órgãos. Assim, com a revogação da Lei n. 5.479/68 pela Lei n. 8.489/1992 (através do

decreto n. 879/1993), estabelece-se a gratuidade da doação de órgãos (Maynard *et al*, 2015, p. 127).

Neste sentido, o imperativo Kantiano de preocupação com a utilização de pessoas como meio para alcance de um fim específico deve estar em destaque, vez que, ainda que em disposição voluntária de seu corpo, a pessoa doadora de um órgão aceita ser utilizada como meio para alcance de um fim, qual seja, a obtenção da saúde e qualidade de vida do receptor, sem que isto represente a objetificação do seu ser, já que sua ação foi autônoma (Sá; Oliveira, 2017a, p. 11; Sá; Oliveira, 2017b, p. 443).

Todavia, o cenário de escassez de órgãos abre margem à sua comercialização de forma ilegal, recurso utilizado por pessoas que se encontram na fila de transplantes sem qualquer perspectiva de recebimento do órgão (Sá; Oliveira, 2017b, p. 434-435).

Ressalte-se que, com base na legislação vigente, somente é possível doar órgãos duplos, tais como rim, considerando que o ser humano é capaz de sobreviver com apenas um deles, parte do fígado, devido a sua alta capacidade regenerativa, parte do pulmão que, apesar de não ter capacidade regenerativa como o rim, não coloca a vida do doador em risco e a medula óssea. Questiona-se, todavia, a viabilidade da doação de órgão que, ainda que não duplo, não represente riscos à saúde e qualidade de vida do doador, a exemplo do útero.

Maria de Fátima Freire de Sá e Lucas Costa de Oliveira (2017b, p. 435) afirmam que a mera criminalização da disposição onerosa de órgãos e partes do corpo humano não é suficiente para o combate à prática, sendo necessária a promoção do incentivo à doação, que garanta uma maior oferta e, assim, combata diretamente o tráfico de órgãos humanos.

Neste sentido, faz-se importante frisar que a regulação de um mercado de órgãos perpassa predominantemente por questões de ordem moral. Neste sentido, Sá e Oliveira entendem que as razões para a proibição não são o suficiente para impedir a prática, vez que, inevitavelmente, esta representaria um aumento da oferta de órgãos e, conseqüentemente, da efetividade do sistema de transplantes (Sá; Oliveira, 2017b, p. 436).

Alexandre Marinho (2011, p. 121) afirma que a vedação ao recebimento de uma contraprestação ao doador de órgão representa uma limitação da oferta, representando um óbice logicamente incompreensível, já que todos os atores envolvidos no processo já se beneficiam da doação, exceto o próprio doador.

Aqueles favoráveis à regulação deste mercado apontam como argumento o aumento da oferta de órgãos, causado pelo incentivo de uma contrapartida (Sá; Oliveira, 2017b, p. 437). Note-se que neste ponto é possível perceber que as pessoas tendem a ajudar ou beneficiar outras

por duas razões básicas, por terem algum tipo de relação com o outro que o motive a agir em seu favor ou pelo incentivo da reciprocidade, que é o caso em comento.

Neste ponto, merece destaque o modelo Iraniano de comercialização regulada de rins, instituído no país no ano de 1988, que em dez anos causou a extinção da fila de espera para este tipo de transplante (Sá; Oliveira, 2017b, p. 437).

Outro ponto de incentivo à regulação seria o enfraquecimento do tráfico ilegal de órgãos, vez que este surge a partir da proibição de certa prática. Neste sentido, Sá e Oliveira (2017b, p. 438) salientam a importância de uma regulação que garanta a dignidade dos sujeitos envolvidos, evitando sua objetificação, assim como o estabelecimento de remuneração justa e suficiente, vez que “uma regulação em que não haja uma contraprestação razoável também abre as portas para um mercado negro⁴.”.

Outro destaque a se fazer diz respeito à autonomia sobre o próprio corpo, na qual “cabe a cada pessoa construir sua personalidade a partir da sua relação com o próprio corpo” (Sá; Oliveira, 2017b, p. 439).

Destaque-se que, no que tange ao desejo de gestar, essa é uma concepção exclusivamente subjetiva da mulher. Portanto, em se tratando de órgão que, ao ser retirado não representa qualquer risco à sua integridade física, não haveria razão em se proibir a sua doação em vida, tal como outros órgãos já são aceitos para este fim, como o pulmão que, apesar de não se regenerar após a doação e, portanto, sendo permanentemente reduzido, está incluso neste rol.

Além disso, questiona-se o fato de já haver a comercialização de sangue, óvulo e espermatozoides em algumas sociedades, criticando-se, assim, qual seria a diferença em comercializar órgãos. Contudo, saliente-se a irreversibilidade da prática, já que os órgãos em questão não são renováveis, apesar de haver um contraponto igualmente importante neste sentido, que diz respeito à mudanças permanentes no corpo humano que são permitidas, como a esterilização voluntária (Sá; Oliveira, 2017b, p. 440).

Lucas de Oliveira (2021, p. 45) aponta que já há em vários estados brasileiros políticas de incentivo a doação de sangue, por exemplo, através da oferta de uma contrapartida, ainda que não diretamente financeira. Esta prática já se direciona para a doação de órgãos, a exemplo do estado de Minas Gerais, que possui um projeto de lei (n. 275/2017, Belo Horizonte) que determina a isenção do pagamento de taxas e emolumentos referentes ao serviço funerário

⁴ Ressalte-se, aqui, o repúdio ao termo “mercado negro”, pois perpetua discriminações de raça por meio do racismo linguístico, já que a palavra “negro” neste sentido é utilizada de forma pejorativa para se referir a algo ilegal, preferindo, assim, a utilização do termo “mercado clandestino”.

municipal para aqueles que comprovem a doação de órgãos de parentes ou familiares sepultados.

Isto se dá devido ao estado de escassez de órgãos, recorrendo o estado a vias alternativas ao pagamento direto como forma de incentivo e crescimento da oferta (Oliveira, 2021, p. 45).

Ventura e Schramm (2008, p. 81) afirmam que o acesso não igualitário às opções terapêuticas acaba por incentivar, ainda que indiretamente, a escolha por métodos ilegais para alcance dos objetivos. Tome-se a cirurgia de redesignação sexual como exemplo, os autores levantam que:

o exercício da autonomia do paciente transexual no processo transexualizador é mais limitado do que o usualmente admitido para outros processos terapêuticos, o que traz desafios e dificuldades para os profissionais de saúde, e efeitos negativos para a saúde das pessoas que utilizam a prática de modificações corporais, mas que não são diagnosticadas como “transexuais verdadeiros”, já que são excluídos, para esse fim, da assistência do sistema oficial de saúde, buscando recurso no mercado clandestino.

Ou seja, a vedação à comercialização de órgãos tem trazido esta mesma problemática para as doações de órgãos entre vivos, já que acaba por limitar a oferta e incentivar o mercado ilegal de órgãos.

Dessa forma, discute-se a viabilidade de uma compensação financeira para o doador diante do desgaste físico e emocional submetido, bem como o tempo despendidos para tanto. Assim, tem-se que “se o que se proíbe é apenas a finalidade lucrativa, permitindo-se a concessão de benefícios indiretos com o propósito de fomentar a doação de elementos corpóreos, haveria também fundamentos para se permitir a compensação, uma vez que a sua função seria meramente reparatória” (Oliveira, 2021, p. 45-46).

Deste modo, a compensação, para ser de fato admitida, necessitaria de critérios bem definidos, a fim de evitar a alusão de lucratividade da prática de doação. Logo, estabelece-se que a compensação poderia ser dividida em quatro grupos categóricos: (i) a compensação pelos gastos diretos com o procedimento, a exemplo de transporte e acomodação; (ii) compensação pelos gastos indiretos, a exemplo do período não trabalhado em decorrência da doação; (iii) compensação pelo tempo e esforço dispendidos e (iv) oferecimento de benefícios não diretamente patrimoniais (Oliveira, 2021, p. 46).

Sendo assim, compreende-se, dentre os defensores da regulação de um mercado de órgãos, que sua proibição possui um viés paternalista, considerando que este impedimento é pautado na noção de que as pessoas não são capazes de ordenar sua própria vida, decidindo o que é tolerável ou não de ser feito (Sá; Oliveira, 2017b, p. 440).

Por fim, destaca-se que, no modelo atual de transplante de órgãos, todos os envolvidos recebem algum tipo de contraprestação, sejam os profissionais da saúde envolvidos, que são pagos para a realização do procedimento, seja o receptor, que recebe um órgão saudável para melhoria da sua qualidade de vida, exceto o doador, que age por mero altruísmo (Sá; Oliveira, 2017b, p. 440).

O principal argumento contrário à regulação diz respeito à objetificação dos eventuais vendedores de órgãos, que podem vir a ser constrangidos e/ou coagidos a fazê-lo, além do risco à dignidade de pessoas mais pobres, por exemplo, que disporiam de seu corpo para garantir o sustento básico (Sá; Oliveira, 2017b, p. 441).

A obtenção do consentimento também é muito criticada, vez que pode não partir de uma ação autônoma, mas sim motivada por questões anteriores de vulnerabilidade da condição humana. Destaca-se, contudo, que “a pobreza não gera, por si só, incapacidade” (Sá; Oliveira, 2017b, p. 444-445).

Constata-se, portanto, que a contraprestação pela doação de órgãos representa um incentivo à prática, considerando que a doação por motivação altruísta não supre a demanda atual de órgãos no país.

A proibição da comercialização não resolve o problema do mercado ilegal, além de vulnerabilizar não somente os doadores, que recorrem a esta prática para garantir seu sustento, como argumentam as teorias contrárias à prática, mas também os receptores, maiores vítimas da escassez de órgãos, que vem a falecer à espera do transplante.

Portanto, entende-se que a legislação atual, no que pese proíba a remuneração direta pela doação de órgãos em vida, se mostra complacente com métodos de contraprestação indireta, reconhecendo a necessidade de se estabelecer garantias à estas pessoas que desejem doar seus órgãos.

Logo, a regulamentação adequada acerca da doação de órgãos em vida é alicerce ao combate à comercialização ilegal, que vitimiza e vulnerabiliza os sujeitos envolvidos, devendo, assim, ser repensado o molde atual de transplantes inter vivos.

Portanto, são muitas as questões acerca da gratuidade do transplante que merecem especial atenção, sendo esta seção dedicada meramente ao delineado de algumas inquietações a título de exemplificação.

2.2.2.2 Requisitos legais

A Lei n. 8.489/92, que antecede a atual, já estabelecia critérios para doação de órgãos em vida. Para tanto, destaca-se a possibilidade de doação apenas de órgãos dúplices ou, em se tratando de retiradas de partes do corpo humano, que estas não representassem quaisquer prejuízos ou mutilações graves ao cedente. Ainda, estabelece-se um critério de parentesco entre doador e receptor, limitando, portanto, a doação entre parentes de até 4º grau. Assim, a legislação determina que o doador vivo especifique, mediante autorização escrita, quais as partes do corpo permitem que venham a ser objeto de doação (Maynard *et al*, 2015, p. 128).

A legislação também estabelece, para além dos critérios elencados acima, o caráter *life saving* dos órgãos doados. Ou seja, para que a doação entre vivos seja considerada lícita, é preciso que a disposição do próprio corpo pelo doador represente a tentativa de salvamento da vida ou garantia da saúde do receptor, mas que não representem o contrário para si.

Cumprir destacar que a disposição sobre o próprio corpo do doador vivo é revogável a qualquer momento, por ele ou por seu representante legal, até a concretização do transplante, ou seja, antes do início da intervenção cirúrgica.

Estabelece-se algumas condições e limitações para doação de tecidos, órgãos e partes do corpo humano em vida. Dentre elas, tem-se a limitação de gestantes à doação de medula óssea, bem como, em se tratando de doador menor de idade. Esta limitação busca a satisfação do bem-estar destes sujeitos, evitando, assim, que se ofereça riscos à saúde das gestantes, dos fetos e dos menores de idade (Sá; Naves, 2023, p. 287).

Outra limitação trazida pela legislação diz respeito à possibilidade de doar apenas órgãos duplos, visando, portanto, que a retirada do órgão impeça o doador de continuar vivendo sem riscos à sua integridade ou sem comprometimento às suas aptidões vitais e de saúde mental. Também evita-se a mutilação ou deformação inaceitável, devendo esta ocorrer apenas nos casos em que comprovada a indispensabilidade e a necessidade terapêutica da medida (Sá; Naves, 2023, p. 287).

Estas limitações estão fundadas no entendimento doutrinário a respeito do direito à integridade do ser humano como direito da personalidade, destinado a assegurar a proteção de interesses materiais e morais no que tange ao próprio corpo.

Assim, a permissão para doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano em vida se dá desde que garantida a vida de ambos, sob pena de se admitir verdadeiros homicídios em face de experimentações indiscriminadas (Sá; Naves, 2023, p. 288).

Ou seja, para que a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano seja válida em vida, deve-se ponderar as consequências desta intervenção na vida do doador, bem como a sua capacidade de discernimento, que jamais deve ser ignorada. Neste sentido, ressalte-se a exigência de duas testemunhas e de uma autorização por escrito do doador (§3^a, art. 29, do Decreto n. 9.175/2017) (Sá; Naves, 2023, p. 288-289).

Todavia, no que tange ao transplante de útero, trata-se de órgão único que não possui o caráter *life saving* acima mencionado, gerando o questionamento acerca da viabilidade de sua realização diante do quanto exposto pela legislação. Apesar de ser um órgão único, sua retirada não representa risco à integridade física da doadora, o que possibilita a interpretação de sua possibilidade, já que a limitação estabelecida pelo legislador diz respeito ao resguardo da saúde do doador.

É importante trazer à baila a distinção entre capacidade civil e agente capaz. A primeira sofreu uma alteração a partir da vigência do Estatuto da Pessoa com Deficiência, que alterou os artigos 3º e 4º do Código Civil⁵. Assim, tem-se que são capazes para os atos da vida civil aqueles maiores de 18 (dezoito) anos, sem restrição quanto à deficiência, sendo classificados como relativamente incapazes apenas os menores de 16 (dezesesseis) anos. Portanto, pessoas capazes civilmente possuem liberdade para celebração de atos de natureza privada, podendo realizar negócios jurídicos patrimoniais ou existenciais, como a doação de órgãos (Souza; Souza, 2023, p. 75-76).

Já a pessoa autônoma, é aquela que, para além da capacidade acima elencada, possui capacidade de discernimento e compreensão, o que permite o seu consentimento de forma válida. Ou seja, não basta a existência da capacidade civil para a celebração de atos negociais, é também preciso a constatação da capacidade do agente em compreender as consequências de determinado ato. A bioética de proteção age muito em conformidade com esta compreensão, como será melhor abordado mais adiante.

⁵ Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos. [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

I - [\(Revogado\)](#); [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

II - [\(Revogado\)](#); [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

III - [\(Revogado\)](#). [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

IV - os pródigios.

Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial. [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\) \(Vigência\)](#)

Considerando a ausência de uma definição objetiva quanto ao conceito de discernimento, tem-se que este seria um critério multifacetado, onde aspectos integrais do ser humano devem ser considerados, tais como os fatores físicos, psíquicos e sociais. A autodeterminação é uma concepção que se assemelha ao discernimento e auxilia a sua compreensão num viés prático, contudo, não há na legislação qualquer menção a seu respeito (Alves; Fernandes; Goldim, 2017, p. 244).

Em suma, tem-se dois tipos de incapacidade, a laborativa e a civil. Enquanto a primeira diz respeito a limitações físicas ou psíquicas que impeçam o sujeito de exercer sua função laboral ou atividades em geral, sem interferir na sua capacidade de discernimento, a segunda relaciona-se à maturidade do sujeito, contudo, destaca-se que “[...] a incapacidade civil não retira do indivíduo a condição de sujeito de deveres e direitos”, que deve ser cuidadosamente avaliada, a fim de se determinar eventual necessidade de interferência de um representante ou assistente (Souza; Souza, 2023, p. 78-79).

Grande exemplo disso são as decisões em saúde que envolvem crianças e adolescentes que, apesar de considerados incapazes civilmente, devem ter sua vontade considerada de acordo com a aferição do grau de discernimento. Assim, tem-se que “a incapacidade não retira do sujeito a possibilidade de ser titular e/ou exercer direitos e cumprir deveres, mas limita a sua autonomia, especialmente no que concerne às questões de cunho patrimonial” (Souza; Souza, 2023, p. 80).

Ressalte-se, todavia, que o reconhecimento da incapacidade civil não implica no cerceamento do reconhecimento do indivíduo como sujeito de direitos e, portanto, detentor de personalidade e capacidade jurídica, bem como de dignidade (Alves; Fernandes; Goldim, 2017, p. 255)!

Assim, tem-se que a legislação atual apresenta um óbice à realização de transplante de órgãos entre vivos que diz respeito à necessidade de se tratar de órgão duplo e de caráter life saving, em que sua doação não represente prejuízo à integridade física do doador. Questiona-se, portanto, se esta previsão proibiria a realização do transplante de útero, já que apesar de ser órgão único, sua doação não representa qualquer risco à saúde e vida da doadora.

2.2.2.3 Consentimento: Notas preliminares

O mais importante a se observar quando se fala de transplante entre vivos é o processo de obtenção do consentimento, especialmente do doador. Diferente do que ocorre no transplante de doador falecido, não há que se falar em consentimento de familiares para suprir o

desconhecimento da vontade deste. Aqui, há o privilégio de se poder extrair tal consentimento de forma direta.

Portanto, é necessário que aquele que doa tenha total conhecimento dos riscos inerentes ao procedimento, bem como as potenciais consequências físicas que ele pode enfrentar após o transplante.

O consentimento tem sido importante fator de garantia e respeito da autonomia das pessoas, especialmente no que tange às relações de direito médico, em caráter clínico, assim, a análise da forma de obtenção do consentimento, aqui em específico, dos familiares do doador em potencial, tem sido crucial para garantia do sucesso das taxas de conversão em transplantes (Pessalacia; Cortes; Ottoni, 2011, p. 673).

No contexto brasileiro, a obtenção do consentimento de familiares ou a sua recusa tem sido o maior empecilho para captação e realização de transplantes e doação de órgãos. Ainda em países em que a legislação traz a presunção de consentimento ou quando o próprio doador é portador de um cartão que assim o identifique, as equipes de saúde têm buscado o consentimento dos familiares, a fim de buscar um maior respaldo quanto à decisão (Pessalacia; Cortes; Ottoni, 2011, p. 674).

Da análise do Código Civil, por exemplo, tem-se a compreensão da importância da “elevação dos direitos personalíssimos” como ferramenta de respeito da autonomia do sujeito, ainda que após o seu falecimento (Maynard *et al*, 2015, p. 132-133).

Há, inclusive, uma divergência de interpretações neste sentido entre a Lei de Transplantes e o Código Civil, já que a primeira não considera a autonomia do sujeito doador falecido em qualquer esfera de decisão. Neste sentido, o Conselho da Justiça Federal (CJF), no curso da IV Jornada de Direito Civil, editou o Enunciado 277, que em seu artigo 14 traz a prevalência da vontade do doador falecido sobre a de seus familiares, desde que este tenha expressado sua vontade em vida, respeitando, assim, a disposição de seu próprio corpo, devendo o quanto disposto pelo artigo 4º da Lei de Transplantes se aplicar apenas aos casos omissos, perante à hipótese de silêncio do doador (Maynard *et al*, 2015, p. 133).

Portanto, conclui-se que a observância dos requisitos legais para realização do transplante entre vivos se faz necessária para garantia da dignidade do doador e da preservação de seu bem-estar, devendo ser prioridade da equipe médica a completa lisura do procedimento, sob pena de objetificação deste sujeito.

3 BIOÉTICA E FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS: REFLEXÕES SOBRE O PRESSUPOSTO DA LIBERDADE SOBRE O PRÓPRIO CORPO

O termo bioética, em seu primórdio, foi apresentado pelo filósofo alemão Fritz Jahr, em 1927, quando este propôs uma abordagem que associava o *bios* (a vida) com o *ethos* (a ética). Essa era uma abordagem ampla, que incluía diversos fatores, tanto das relações humanas quanto de aspectos que envolviam dilemas ambientais, pois o imperativo bioético do filósofo alemão propunha o respeito à todas as formas de vida como um fim em si mesmas (Naves; Sá, 2013, p. 61).

Sendo assim, a bioética foi proposta como uma disciplina acadêmica que visava o reconhecimento de obrigações morais entre os indivíduos de respeito mútuo (Naves; Sá, 2013, p. 61). No âmbito desta pesquisa, a abordagem bioética como fundamentação é essencial, pois demonstra-se a necessidade de reconhecimento das individualidades e de seu respeito, incluindo questões como a disposição sobre o próprio corpo.

Portanto, é importante compreender que a bioética é “a disciplina que estuda os aspectos éticos das práticas dos profissionais das Geociências, Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Ciências da Saúde sobre os organismos vivos, humanos ou não humanos, e seus impactos sobre os ecossistemas.” (Naves; Sá. 2013, p. 61). Ou seja, é o estudo das relações humanas com todas as formas de vida e como é possível manter a dignidade e o respeito entre estas, inclusive preocupando-se com suas repercussões nas gerações futuras.

Para compreender a relevância destas relações, é preciso compreender que a bioética passa pelo pressuposto da responsabilidade, não só a responsabilidade punitiva, mas para além disso, a responsabilidade de reconhecer o papel de cada sujeito para o bom funcionamento da sociedade como um todo, portanto, a responsabilidade de promover a liberdade (Naves; Sá, 2013, p. 62).

Neste sentido, tem-se que o imperativo categórico de Kant posiciona a vontade humana e, portanto, sua liberdade, de forma central na ética, tornando-a *prima facie*. Será visto nesse capítulo as diversas manifestações da liberdade e sua proteção jurídica e moral como percussores das discussões no âmbito da liberdade sexual e reprodutiva, objeto deste trabalho em conjunto com o impacto da bioética e suas vertentes para a discussão acerca da disposição do corpo da mulher de forma autônoma.

3.1 A BIOÉTICA E SUA PROPOSTA DE CONTRIBUIÇÃO

As discussões em bioética surgem a partir de dois grandes atores sociais. Um deles é Van Rensselaer Potter que, em 1971, cunhou o termo bioética como o estudo da ponte entre a ciência e a humanidade. Potter propôs um olhar filosófico sobre questões que envolvem a preservação da natureza e do bem-estar (Naves; Sá, 2013, p. 61).

Enquanto outro ator importante para o estudo da bioética como epistemologia foi André Hellegers, um médico ginecologista e obstetra que propôs um olhar clínico sob a bioética, trazendo discussões voltadas à relação médico-paciente.

Existe um grande debate acerca do verdadeiro precursor do termo “bioética”, vez que ambos os autores mencionados vieram à tona na mesma época, no que pese com conotações distintas.

Todavia, antes de adentrar neste mérito, é preciso compreender o contexto histórico de surgimento da bioética. As reflexões trazidas por esta área da pesquisa foram motivadas pelas pesquisas com seres humanos que vinham ocorrendo pelo globo de modo desenfreado, sem que houvesse qualquer tipo de controle quanto à preservação da dignidade dos sujeitos que a elas se submetiam e com a ética destas práticas (Motta, 2020, p. 2438).

As pesquisas com seres humanos historicamente implicam em riscos a setores vulneráveis da sociedade, seja econômica ou fisicamente. A utilização e objetificação desta parcela tem sido motivo de crítica e preocupação por muitas décadas (Beauchamp; Childress, 2012, p. 156).

Um marco destas pesquisas foi o “estudo de Tuskegee”, que se refere a um experimento científico ocorrido nos Estados Unidos entre as décadas de 30 (trinta) a 70 (setenta) sobre sífilis. A problemática desta pesquisa envolveu o fato de que os sujeitos que a ela foram submetidos eram homens negros, marginalizados, que mesmo sem ter a doença originalmente, foram infectados com o vírus para, assim, observar a sua evolução, sem qualquer interferência para tratamento (Motta, 2020, p. 2438).

Note-se que os participantes da pesquisa não foram informados de que contraiam a doença, tampouco das consequências que com ela iriam passar a vivenciar. O ponto crítico deste estudo envolve o fato de que, ainda em 1940, a penicilina já era conhecida como tratamento para esta patologia e, ainda assim, a pesquisa seguiu com a mesma metodologia. Ressalte-se também, o fato de ter havido durante esses anos o acompanhamento das autoridades sanitárias do país, o que demonstra o descaso com os sujeitos de pesquisa e a garantia de sua dignidade, segurança e qualidade de vida (Motta, 2020, p. 2438).

É no contexto de atrocidades em pesquisas com seres humanos como a acima exemplificada que surge a necessidade de uma ciência capaz de contribuir para a redução de riscos no que tange ao cuidado de pessoas vulneráveis e a garantia da sua dignidade.

Assim surge uma proteção de viés paternalista dos sujeitos, baseada na ideia de que pessoas em situação de vulnerabilidade, seja em virtude de alguma patologia ou na condição de sujeitos de pesquisa, por exemplo, não são capazes de agir com prudência ou responsabilidade, reduzindo seu juízo moral e, portanto, necessitando de maior cuidado e proteção (Gracia, 2008, p. 26).

Há alguns marcos históricos quanto à garantia da dignidade da pessoa humana que merecem destaque neste trabalho. O Tribunal de Nuremberg, que ocorreu no ano de 1946, teve por objeto o julgamento de cientistas que, durante o período do nazismo, realizaram pesquisas com seres humanos sem observar as regras da ética médica. Estes sujeitos foram considerados criminosos de guerra e, do julgamento, surgiram dez princípios norteadores para as pesquisas com seres humanos (Motta, 2020, p. 2439).

Estes princípios estão compilados no que se conhece pelo Código de Nuremberg (1946), que é considerado o primeiro documento internacional para regulação das pesquisas com seres humanos (Motta, 2020, p. 2439).

Outro documento de extrema importância para o estudo da bioética é o Relatório Belmont (1978), elaborado através das pesquisas da Comissão Nacional para Proteção dos Interesses Humanos de Biomedicina e Pesquisa Comportamental, criada em 1974 (Naves; Sá, 2013, p. 61). Este documento foi elaborado por uma comissão criada pelo governo dos Estados Unidos, cujo objetivo era definir os princípios que regem as pesquisas envolvendo seres humanos. É neste documento que se nomeiam princípios-base para a pesquisa científica, quais sejam: respeito às pessoas, beneficência e justiça (Motta, 2020, p. 2440).

Assim, tem-se que a bioética se apresenta como uma ciência multidisciplinar que busca a preservação da dignidade dos sujeitos por meio da instituição de princípios norteadores da prática ética da Medicina, seja na relação médico-paciente, seja em questões de ordem macro em saúde, como acesso a saneamento básico e ao desenvolvimento saudável e de qualidade.

Para o objeto desta pesquisa, a análise da bioética se faz essencial para compreensão da importância do preparo das equipes médicas no que tange ao cuidado com o paciente, neste caso, a mulher, mas também do conhecimento a respeito dos mecanismos de proteção à dignidade destas, percebendo, assim, que a bioética é fundamental para a garantia dos direitos fundamentais das mulheres, especialmente se relacionados à liberdade reprodutiva.

3.1.1 A multiplicidade das matrizes e a escolha por abordagens adequadas

Estudar a bioética tem sido de grande contribuição para os estudos da medicina clínica. Neste contexto, a vulnerabilidade tem sido foco principal das pesquisas na atualidade, especialmente se alinhada às vertentes da bioética de inspiração crítica, como à feminista e antirracista.

Essas teorias permitem uma maior adequação dos princípios bioéticos à realidade latino-americana, vez que a bioética principialista, de influência norte-americana, não consegue suprir as lacunas percebidas nas sociedades em desenvolvimento, especialmente pelo fato de ter forte influência liberal, enquanto as questões vivenciadas pelas comunidades latinas têm forte influência histórica, como a colonialidade, que fazem por necessitar de uma bioética mais centrada em questões como acesso básico à saúde, combate à discriminação de gênero e raça, dentre outros fatores, através da proteção da pessoa e da intervenção, quando necessário, a fim de combater as vulnerabilidades das comunidades em geral (Diniz; Guilhem, 1999).

Note-se que a bioética e suas vertentes apresentam diferentes formas de compreender questões postas na sociedade e diferentes soluções para tais conflitos. Como será visto adiante, a bioética principialista é de caráter fundamental para compreensão da relação médico-paciente, servindo de alicerce para criação de políticas de proteção da dignidade e autonomia dos mais vulneráveis desta relação.

A bioética feminista, por sua vez, permite estudar questões de gênero, como a aqui discutida, de forma mais aprofundada, através da análise interseccional dos marcadores de vulnerabilidade que são perpetuados numa sociedade ainda pautada por ideais machistas e sexistas como a brasileira.

Apresenta-se também as contribuições da bioética latino-americana, que compreende a necessidade de expansão do quanto disposto pela bioética principialista, para execução eficaz das proteções constitucionais, seja pelo viés da proteção, construindo a emancipação dos sujeitos através do fortalecimento de sua autonomia, ou pelo viés da intervenção do Estado quando necessário, intentando a diminuição da hierarquização das relações e a extirpação dos marcadores de vulnerabilidade e discriminação sociais.

Assim, a fim de compreender quais são os fatores de hierarquização da relação e os marcadores da discriminação, fez-se necessário estudar o tema sob a perspectiva da bioética crítica, em específico as vertentes feministas, de proteção e de intervenção, que permitem uma análise interseccional dos fatores de vulnerabilidade, em conjunto com os princípios estatuídos pelos autores Beauchamp e Childress.

3.1.1.1 Bioética principialista: O foco no princípio da autonomia

A bioética principialista é considerada a precursora dos estudos na área pelo mundo, sendo fundamento base para quem vai estudar sobre o tema. Assim, neste trabalho, será feito um levantamento geral da teoria cunhada por Tom Beauchamp e James Childress (2012), demonstrando a influência transformadora dos princípios cunhados por estes autores na área da bioética, sem deixar de trazer apontamentos críticos quanto a sua aplicabilidade em sociedades em desenvolvimento e o porquê da dificuldade em se limitar a estes princípios quando o objetivo é a efetivação de direitos humanos básicos.

Os autores Beauchamp e Childress tomaram por base o Relatório Belmont, elencando quatro princípios éticos gerais que entendem por guias do “agir moral” nas decisões e dilemas no campo da bioética, sendo eles: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. Estes princípios não são tidos como regras mandamentais, mas como diretrizes a serem seguidas na análise e construção de políticas públicas e distribuição de recursos de saúde. Não há, portanto, hierarquia entre estes princípios, no que pese seu caráter *prima facie* (Kuhnen, 2012, p. 68).

Beauchamp e Childress (2012, p. 101) tem o cuidado de enfatizar que, a contra senso do que muitos críticos apontam, não há prevalência de princípios dentro da teoria criada por eles. O respeito a autonomia, a beneficência, a não maleficência e o princípio da justiça foram pensados para serem aplicados de forma conjunta e complementar, sem hierarquia em sua aplicação.

O princípio da beneficência diz respeito a atos positivos de busca pelo bem estar do sujeito, não apenas uma postura passiva que busca evitar o mal. Portanto, o referido princípio trata-se de uma obrigação moral voltada à promoção do bem. Contudo, nem todo ato beneficente será obrigatório (Beauchamp; Childress, 2012, p. 202-203).

Logo, neste caso, o ato médico é decorrente de um dever de beneficência. Contudo, pensando nas pessoas “comuns”, não é possível concluir que há uma obrigação moral de ajudar a todos, caso contrário, seria possível concluir que todos devíamos doar órgãos ao falecer em benefício de outrem, por exemplo (Beauchamp; Childress, 2012, p. 205).

Na área médica há uma dificuldade de ponderação entre o princípio da beneficência e o respeito a autonomia do paciente, pois muitos profissionais acreditam na proteção paternalista como forma adequada de tratamento, agindo de acordo com suas convicções pessoais e técnicas

em detrimento da vontade do paciente. Ponderar estes dois princípios tem sido um desafio no âmbito clínico (Beauchamp; Childress, 2012, p. 215).

Já para análise do princípio da não-maleficência, é importante a compreensão acerca do conceito de dano (Beauchamp; Childress, 2012, p. 153). Para Coelho, Costa e Lima (2013, p. 245), este é um termo muito vago, que permite a compreensão de vários significados, como injúria, difamação, violação de direitos, entre outros. Portanto, estes autores conceituam o princípio como a “[...] obrigação de não infligir (sic) mal ou dano intencional a outro”, justificando a referida proibição no próprio juramento hipocrático da ética médica: primeiro, não causar dano.

Beauchamp e Childress (2012, p. 153) apontam que o dano nem sempre será injustificado, a exemplo da amputação da perna de um paciente para resguardar-lhe a vida. Neste sentido, o princípio da não maleficência surge como um imperativo que determina a verificação da justificabilidade de um ato danoso em detrimento de sua isenção.

O não causar dano trazido pelo referido princípio também se refere à não imposição do risco de causá-lo, o que protege ainda mais o sujeito (Beauchamp; Childress, 2012, p. 154).

Há um termo utilizado na língua inglesa que bem descreve esta linha tênue entre os princípios da beneficência e não-maleficência, conhecido como *Slippery Slope*, que se traduz como “plano inclinado escorregadio”. Este termo é muito utilizado para tratar de situações nas quais, ao praticar um ato, acaba-se por desencadear um outro, por consequência (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 245-246).

Em suma, o princípio da não maleficência trata-se do compromisso em não infringir nenhum mal ao sujeito, contudo, ponderando se o mal referido não se sobressai ao bem causado. Ou seja, o princípio refere-se ao ato intencional de causar mal, que deve ser evitado, não ao ato realizado em necessidade de causar um bem que o compense (também de ordem moral, saliente-se) (Beauchamp; Childress, 2012, p. 152).

Trazendo a aplicação deste princípio ao caso do transplante de útero, tem-se que há a possibilidade de causar um mal à doadora, qual seja, a submissão a uma cirurgia para retirada de seu útero, todavia como meio para causar um bem, que é a recuperação da capacidade de gestar da receptora.

Por sua vez, o princípio da justiça diz respeito à distribuição equânime de recursos, mais especificamente em relação a serviços de saúde. Portanto, tem-se a sugestão de políticas públicas que garantam equidade no acesso aos serviços de saúde e na distribuição de recursos. Com isso, sujeitos participantes de pesquisa, por exemplo, devem ser tratados de maneira imparcial, sem qualquer discriminação de natureza social, racial ou de gênero, vez que os

benefícios que se objetiva alcançar devem ser usufruídos por todos de forma equânime, obrigatoriamente (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 246).

Este tratamento isonômico diz respeito à nenhuma discriminação de ordem moral, todavia, salienta-se a necessidade de reconhecimento das vulnerabilidades que cada grupo social enfrenta e considerá-las, também, em sede de pesquisas clínicas. Para o transplante de útero, que ainda está em fase experimental, tal concepção é de extrema importância, vez que a análise da construção de vida das mulheres envolvidas nesta pesquisa é tão relevante quanto o sucesso do transplante em si.

Para explicar o conceito de justiça, o principialismo busca como referencial teórico as tradições utilitaristas de Mill e Kant, além da Teoria Contratual de Justiça, de Jhon Rawls (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 246).

Neste sentido, tem-se que o utilitarismo busca maximizar a utilidade de algo, logo, pensando em termos bioéticos, pode-se concluir que a desvantagem desta linha de pensamento diz respeito à pouca atenção dada às particularidades das situações de fato, ou seja, há uma maior preocupação com o quadro maior, com a efetividade da vontade da maioria ou com os objetivos e valores comuns (Schutz; Schramm, 2008, p. 115).

A grande questão da justiça utilitarista está na sua mutabilidade, vez que se pauta na maximização do bem geral, que pode se modificar de acordo com o período analisado. Assim, um direito básico a saúde pode deixar de ser pauta para a justiça utilitarista, baseado em uma nova vertente que surja como de maior utilidade para a comunidade como um todo, o que desencadeia uma insegurança aos sujeitos em estado de vulnerabilidade (Beauchamp; Childress, 2012, p. 255).

Esta inclusive é uma das justificativas utilizadas para não se pensar em políticas públicas de incentivo à autonomia reprodutiva da mulher, pois muito se argumenta quanto à viabilidade econômica de disponibilização universal de certas práticas, a exemplo da fertilização in vitro. Pensa-se, portanto, que este pode ser um óbice levantado também quanto à viabilidade do transplante de útero no país.

Já as teorias libertárias de justiça reforçam a obrigação de todos em garantir as liberdades individuais, não sendo muito útil para a realidade latino-americana, por exemplo, que necessita de intervenção estatal na esfera privada a fim de garantir e preservar direitos básicos de seus cidadãos. Para esta teoria, a intervenção estatal somente se justifica para garantir os direitos de propriedade e liberdades individuais, portanto, não há obrigação de fornecer acesso igualitário a saúde (Beauchamp; Childress, 2012, p. 255).

Em contrapartida, a teoria igualitária de justiça celebrada por Rawls estabelece que todos devem ser tratados de forma isonômica, vez que todos seriam criados como iguais, também na esfera da moralidade. Esta teoria permite a criação de bases igualitárias e não igualitárias a partir da constatação de que é possível criar políticas injustas, se houver a constatação de inequidades que justifique sua aplicação (Beauchamp; Childress, 2012, p. 256-257).

Portanto, para Beauchamp e Childress, o princípio da justiça se relaciona com a justiça distributiva, equitativa e apropriada para a sociedade, referindo-se, inclusive, à distribuição de todos os direitos, sejam eles civis ou políticos (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 247).

Schutz e Schramm (2008, p. 105) afirmam que a reflexão bioética quanto à justiça distributiva diz respeito à alocação de recursos não somente na área de saúde, mas em diversos setores da sociedade de igual relevância, havendo uma dificuldade em criar mecanismos de definição quanto à prioridade de investimento. Essa dificuldade se dá pelo fato de que a alocação de recursos públicos não leva em consideração (ou ao menos não deveria) apenas as peculiaridades daquele setor específico, mas também suas repercussões em outras áreas e demandas emergentes, como aspectos sanitários, econômicos, políticos e morais.

Coelho, Costa e Lima (2013, p. 247) trazem que as questões de justiça abrangidas pelo princípio cunhado por Beauchamp e Childress deveriam ser de origem preventiva e não curativa, ou seja, devia-se focar em políticas públicas e atenção primária em saúde antes de garantir questões outras relativas a equipamentos de alto custo ou compra de órgãos artificiais, por exemplo. Em sua visão, o caráter distributivo deste princípio deve ser pensado para as necessidades médicas mais essenciais à população, o que atinge uma parcela maior da sociedade e questionam se questões como males e doenças deveriam possuir influência nestas decisões. Apesar de os autores não fornecerem uma definição para o critério de igualdade, afirmam que vetores como raça, sexo e posição social não deveriam ser utilizados como critério para distribuição de recursos (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 247).

Todavia, estabelecer que tais fatores não devem possuir peso nas tomadas de decisão em saúde seria ignorar o fato de que na sociedade em geral estes são os critérios definidores de práticas discriminatórias e segregadoras, que acabam por vulnerabilizar os sujeitos.

Outra questão que implica em dificuldade na aplicação do princípio da justiça diz respeito à necessidade de desconsideração do planejamento político e orçamentário no setor de saúde, por exemplo, para cumprimento de decisões judiciais, de viés utilitarista, que acabam por furar a fila de pacientes que, seguindo o plano de ação estabelecido pelas políticas públicas, deveriam ter suas demandas atendidas. “O que se observa, na prática, é uma focalização *sui*

generis da assistência em saúde, na qual a alocação dos recursos está determinada pelo poder de barganha dos indivíduos ou grupos sociais com melhores condições de negociação, os quais acabam, portanto, sendo favorecidos” (Schutz; Schramm, 2008, p. 106-115).

A viabilidade econômica de implantação do transplante de útero deve, portanto, ser vetor relevante a se considerar, todavia, ressalte-se que este não deve ser o fator decisório para tanto, vez que o objetivo do transplante é a satisfação e o alcance da dignidade da mulher como sujeito de direito detentor de proteção quanto aos seus direitos de personalidade.

Neste sentido, no âmbito da microalocação de serviços médicos, ou seja, da bioética clínica, tem-se ainda uma dificuldade em estabelecer uma espécie de fórmula inequívoca de solução das demandas que surgem no que tange à relação médico-paciente, especialmente quando é feito um recorte de gênero (Schutz; Schramm, 2008, p. 107-115).

No início da década de setenta, notou-se uma mudança no viés da bioética, em que a concepção “potteriana” foi sendo restrita ao âmbito biomédico. Com isso, o princípio da autonomia foi conquistando cada vez mais protagonismo nas discussões, podendo se considerar que houve uma maximização deste em detrimento dos outros três princípios. Essa mudança na abordagem bioética permitiu a concepção em algumas localidades de que a visão individualista dos conflitos passasse a ser entendida como a única possível para a tomada de decisão (Garrafa, 2005, p. 128).

Assim, faz-se importante especificar qual foi a concepção estabelecida para este princípio pelos autores Beauchamp e Childress, já que, para estes, nada tinha a autonomia a ver com a mera independência em relação a algo. Os autores afastam a concepção naturalista de autonomia da conceituação deste princípio (Kuhnen, 2012, p. 75).

Beauchamp e Childress (2012, p. 101) enfatizam que o princípio da autonomia nada tem a ver com negligência quanto as repercussões das ações individuais e individualistas, sem representar, assim, uma glorificação ao individualismo excessivo ou negligência da emoção em detrimento da razão, tampouco desrespeito à necessidade de atenção quanto ao impacto político, econômico e social dentro das discussões em bioética.

É neste sentido que houve a construção dos princípios bioéticos afastados de um caráter hierarquizante, já que os autores compreendiam que até mesmo o agente mais capacitado poderia agir em erro perante uma decisão, o que traz a necessidade de aplicação conjunta dos princípios bioéticos, para garantir uma decisão moral justa (Kuhnen, 2012, p. 75; Beauchamp; Childress, 2012, p. 102)

Um exemplo disso seria uma pessoa autônoma para os atos da vida em sociedade que, ao assinar um termo de consentimento, deixa de lê-lo. Assim, ainda que capaz de compreender

e questionar as repercussões do tratamento ao qual prestou seu consentimento, este sujeito está agindo de forma não autônoma ao não tomar ciência das possibilidades e riscos terapêuticos a qual está se submetendo (Beauchamp; Childress, 2012, p. 102). Portanto, é preciso atenção redobrada quanto à capacidade de consentir da mulher para sujeição à doação do útero em vida, garantindo que esta é capaz de compreender as consequências desta decisão.

Da mesma forma, uma pessoa que normalmente não é considerada autônoma pode tomar uma decisão repleta de autonomia. Os autores Beauchamp e Childress (2012, p. 102) trazem o exemplo de uma pessoa que se encontra numa instituição psiquiátrica por não conseguir cuidar de si e que, ainda assim, tem autonomia para tomar decisões a respeito de seu cuidado, como escolher suas refeições diárias ou recusar medicamentos.

Para os percussores da bioética principialista, o sujeito autônomo é aquele capaz de agir conforme o plano estabelecido por si para sua vida, sem a influência do interesse de terceiros, fazendo uma analogia à forma com a qual os Estados têm liberdade para implantar suas políticas sem a interferência de outros, o que inclui a capacidade de entendimento, de argumentação, controle e administração. Em contrapartida, uma pessoa desprovida de autonomia, não é capaz de, por si só, tomar decisões, dependendo de terceiros ou sendo controlada por estes, tendo seus desejos desconsiderados, a exemplo de prisioneiros ou pessoas com algum tipo de deficiência intelectual (Beauchamp; Childress, 2012, p. 101-102).

Portanto, a autonomia é exercida quando é possível visualizar a aplicação de dois elementos, quais sejam, a liberdade e a ação. A primeira no que tange ao controle de outros, portanto, a capacidade de agir sem a interferência de terceiros, e a segunda no que diz respeito à capacidade de agir de forma autônoma (Beauchamp; Childress, 2012, p. 102).

Estes elementos devem estar presentes em todas as ações do sujeito, corroborados por três perspectivas, (i) a intenção da ação, (ii) o entendimento/compreensão a seu respeito e (iii) a ausência de influências externas que controlem a ação (Beauchamp; Childress, 2012, p. 104).

Para Beauchamp e Childress (2012, p. 104) a compreensão substancial sobre algo é suficiente para determinar o seu caráter autônomo, não sendo necessário o conhecimento irrestrito a respeito de determinada coisa ou sua compreensão completamente pura (no sentido de estar completamente alheia às influências de terceiros de forma indireta), pois as ações humanas raramente o são.

Pensa-se que a autonomia tem sido privilegiada diante dos demais princípios, pois a bioética anglo-saxônica preconiza a resolução de dilemas e conflitos éticos a partir de concepções individualistas, todavia, faz-se imperioso mencionar que o princípio da autonomia

e o conceito desta não são sinônimos, logo, respeitar a autonomia é dever moral de todos (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 242-243).

O respeito a autonomia estabelecido por Beauchamp e Childress (2012, p. 107) aponta a necessidade de não interferência nas ações do indivíduo, contudo, não significa concluir que este respeito deve ser imaculado, havendo a necessidade de sua ponderação com demais fatores que vão envolver a aplicação dos demais princípios por eles instituídos. Portanto, o respeito à autonomia nada mais é do que o reconhecimento e valorização do desejo de outrem, corroborando, inclusive, com o imperativo Kantiano.

A autonomia, assim como qualquer direito, não é absoluta, podendo ser restringida se representar risco ou violação de direitos de terceiros. No caso do transplante de útero, um óbice à autonomia da mulher é justamente o da viabilidade médica da prática, que deve ser avaliado por um médico e respeitado, pensando no seu bem-estar.

Portanto, apesar da afirmação dos principialistas quanto a inexistência de hierarquia entre os princípios, o princípio da justiça, na prática, possui um caráter secundário, deixando o princípio da autonomia ainda mais em evidência. Logo, questões políticas, econômicas e sociais foram deixadas de lado e tratadas de modo superficial por esta corrente da bioética (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 248).

Essa maximização demonstra a incapacidade da teoria principialista em abarcar as questões emergentes das sociedades em desenvolvimento. A secundarização do princípio da justiça, que não deve ser confundida com sua banalização, representa essa disfunção da teoria diante das peculiaridades socioeconômicas e sanitárias enfrentadas por essas populações (Garrafa, 2005, p. 129).

O'Neill chama essa priorização da individualidade e do respeito aos direitos individuais na bioética de "triunfo da autonomia", e a considera perigosa, vez que entende que a tomada de decisão centrada na autonomia pode resultar em decisões equivocadas (citada em Kuhnen, 2012, p. 68-69).

Volnei Garrafa (2005, p. 128) enfatiza que o hiperdimensionamento da autonomia em meados da década de setenta e oitenta acabou por produzir o que ele denomina de "indústria de consentimentos informados". O equívoco da hierarquização dos princípios se mostra ao confundir a preservação da autonomia com a sua fabricação, a fim de viabilizar qualquer tipo de intervenção médica pautada apenas num consentimento mecanizado do paciente. Um grande exemplo disso seriam as pesquisas com seres humanos e os atendimentos médico-hospitalares, que não consideram as individualidades da construção de vida de cada sujeito de pesquisa ou

paciente – como nível socioeconômico e escolaridade- para obtenção de seu consentimento, apenas há uma preocupação com a documentação de que se garantiu sua “autonomia”.

O'Neill irá corroborar com o quanto exposto por Garrafa ao dizer que a concepção naturalista dada ao princípio da autonomia fez com que houvesse uma mudança comportamental na bioética clínica, que hoje apenas busca uma mera exigência de “consentimento informado”⁶ do paciente, sem de fato garantir a aplicação dos princípios bioéticos. Assim, o que a autora denomina de “trunfo da autonomia” seria, em verdade, um “trunfo do consentimento”, que jamais pode ser considerado como sendo a mesma coisa.

Com isto, a autora não está a criticar a instituição do consentimento na prática clínica, pelo contrário, esta compreende o avanço ao qual a valorização do respeito à autonomia e a proteção do paciente obteve com a implementação deste. Contudo, salienta que o problema reside em transformar o consentimento em requisito suficiente para realização das mais diversas intervenções e para reger a relação médico-paciente.

Toda a especificação atribuída ao princípio da autonomia por Beauchamp e Childress faz perceber que este mandamento não se resume ou é sinônimo de consentimento informado. A autonomia é construída, e o consentimento é ferramenta de auxílio nesta construção, mas não pode ser confundido com expressão pura do princípio, ainda que se reconheça como paradigma básico deste. Inclusive, eventuais falhas na aplicação do consentimento informado podem ser corrigidas ou sanadas através da aplicação conjunta dos demais princípios da bioética norte-americana (Kuhnen, 2012, p. 76).

O consentimento informado se mostra com tanta importância pois o seu objetivo não é o de meramente revelar informações, mas sim o de construção da competência para tomada de decisões. Portanto, um consentimento devidamente informado é aquele no qual se busca o verdadeiro entendimento das informações pelo paciente e a comunicação efetiva e eficaz dos profissionais de saúde, protegendo, assim, a escolha individual e autônoma dos pacientes (Kuhnen, 2012, p. 77).

Contudo, esse processo de obtenção do consentimento através do conhecimento não deve ser dirigido por posturas paternalistas, que delimitam a autonomia do indivíduo. Autores como Coelho, Costa e Lima (2013, p. 244) entendem que tais práticas se justificam, desde que pautadas na aplicação de outros princípios bioéticos, como a beneficência e a não-maleficência.

⁶ Destaca-se, contudo, a crítica acerca da utilização do termo “informado” como tradução literal da língua inglesa, vez que a obtenção do consentimento do paciente não deve ser apenas pautada na transmissão da informação a respeito dos riscos e efeitos adversos de um determinado procedimento, mas a garantia de sua compreensão por este. Assim, prefere-se a utilização do termo “consentimento esclarecido”. Neste trabalho, utiliza-se a primeira terminologia apenas em respeito ao quanto exposto pelos autores citados.

A proteção de práticas paternalistas remonta, inclusive, do próprio juramento hipocrático, onde se perpetua o discurso de que somente o profissional da saúde está capacitado para realizar o cuidado e o tratamento do corpo e, portanto, uma vez que estes são os detentores do conhecimento científico, tornam-se legitimados para eventualmente interferir na autonomia do paciente, desde que em prol de um benefício maior (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 244).

Diego Gracia (2008, p. 42-43) traz que a ética médica foi construída sob o inventário de que cabe ao médico buscar o bem do paciente, sem contar com a voluntariedade deste, já que ao enfermo há, em princípio, a carência de autonomia. Assim, tem-se que a postura do médico hipocrático é autoritária, pois considera que o paciente é desprovido de autonomia, não havendo razão para considerar sua manifestação de vontade, além de descredibilizar suas opiniões no que tange ao tratamento de sua enfermidade.

Partindo para um viés prático, qual seja, o cenário do consentimento informado dentro das discussões em reprodução e liberdade sexual, tem-se um novo ponto de partida que é o da autonomia reprodutiva, principalmente sob aspectos como contracepção e aborto, além das novas tecnologias reprodutivas, que geram inúmeros debates a respeito dos limites da autonomia.

Com o avanço da medicina e a descoberta dos métodos contraceptivos, as mulheres foram capazes de ter a liberdade de escolha acerca da maternidade, seja optando pela não reprodução, seja pelo planejamento familiar, escolhendo quando e como irão expandir sua família.

Para tanto, é preciso estabelecer uma concepção de autonomia mais bem sedimentada, considerando que as novas possibilidades reprodutivas, como a identificação de perfil genético de embriões para identificar e prevenir doenças, podem trazer novos dilemas importantes dentro do processo de construção da autonomia, que não se limitam à reprodução. O exercício da liberdade nestes casos é tão importante de ser observado quanto a autonomia, pois ela sozinha não será garantidora do uso destas novas tecnologias. Nestes casos, há a necessidade de ponderação não somente dos direitos da mulher, mas das gerações futuras afetadas com aquela decisão.

Logo, se de fato há uma preponderância do princípio da autonomia, esta se deu pela má interpretação da aplicação dos princípios criados por Beauchamp e Childress, consequência da relevância dada à autonomia individual, como se esta fosse sinônimo de competência para tomada de decisões. Portanto, essa primazia desconsidera o caráter *prima facie* dos demais princípios estabelecidos pelos autores, especialmente considerando que o princípio da

autonomia, por si só, não é suficiente para resolução de todos os problemas morais e bioéticos (Kuhnen, 2012, p. 71).

Enquanto o princípio da autonomia exige também do paciente a capacidade de percepção no que tange ao tratamento recebido pelos profissionais de saúde, no que tange à prática médica ética e conduzida por princípios racionais e universais, os princípios da beneficência e não-maleficência recaem exclusivamente sobre os profissionais da saúde, que devem observar, dentro das peculiaridades do caso clínico, a necessidade de aplicação deste ou aquele. Ressalte-se, todavia, que até mesmo o princípio da autonomia deve ser observado pelos médicos, vez que cabe a estes o respeito pela decisão do paciente, ao invés de tomar para si essa incumbência (Kuhnen, 2012, p. 79).

3.1.1.2 Bioética feminista

Dentro do estudo da bioética, a perspectiva de gênero surge como ponto de destaque das interseccionalidades, vez que certos marcadores são impostos como essenciais para a compreensão das desigualdades sociais, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

Assim, não é possível discutir temas que envolvam o direito sexual e reprodutivo na América Latina desvinculado de uma perspectiva crítica da bioética que seja capaz de identificar as parcelas da sociedade que tem sido especialmente atingidas com a hierarquização do acesso à saúde.

Neste sentido, será abordado neste capítulo os principais pontos de destaque da bioética feminista como marcador teórico relevante para compreensão dos efeitos da inserção de novas práticas médicas dentro do direito ao planejamento familiar em consonância com o exercício da liberdade sobre o próprio corpo.

Débora Diniz (2009, p. 207-208) explica que a interseção da bioética com os estudos feministas no Brasil se deu através de duas percepções: uma relacionada ao fato de que, para análise dos conflitos morais em saúde, é preciso compreender o gênero como uma “variável de pesquisa”, e outra relacionada ao fato de que as questões de gênero que vinham sendo estudadas pela filosofia se alinham com os temas debatidos internacionalmente no que tange à emergência da bioética e seu diálogo com questões como desigualdade, vulnerabilidade e sexualidade.

Assim, da mesma forma que a bioética feminista não deve ser erroneamente associada a um discurso sexista, a perspectiva antirracista não deve ser vinculada à proteção de um grupo específico, mas sim ao combate de condutas historicamente desmoralizantes, que subjugam grupos por suas particularidades e que, portanto, devem ser reprimidas em nome da diversidade racial (Diniz; Guilhem, 2009, p. 2).

Tem-se que a violência de gênero se reporta a séculos, tendo sido fundada diante da percepção da mulher e do gênero feminino como algo místico e pecaminoso. A religião foi grande alicerce na construção deste estigma, reportando às mulheres a imagem de bruxas e promíscuas.

Assim, a liberdade sexual e reprodutiva foi construída como algo a ser rechaçado, não havendo espaço para discussões acerca de seus limites e repercussões na esfera social.

Lugones (2014, p. 939) explica que, diferente da colonização, que já aconteceu e não mais existe em nossa sociedade, a colonialidade de gênero ainda se perpetua atualmente, como reflexo das relações de poder movidas pelo capitalismo mundial (Lugones, 2014, p. 939).

Além disso, o sistema de gênero não é uniforme, nele há hierarquias, tanto sociais, quanto raciais, que acabam por negar humanidade, perpetuando as colonialidades já mencionadas (Lugones, 2014, p. 942).

Lugones apresenta a importância dessa visão trazida pelo chamado feminismo de cor com origem nos Estados Unidos e pelos feminismos das mulheres do chamado Terceiro Mundo, que enfatizam o conceito de interseccionalidade para demonstrar a exclusão histórica e teórico-prática das mulheres não brancas dos direitos.

Assim, o feminismo decolonial pode ser entendido como aquele que reconhece a diversidade por meio de suas interseccionalidades, afastando de suas discussões entraves socioeconômicos e jurídicos (Souza, 2023, p. 89).

Portanto, reconhece-se a necessidade do estudo de gênero dentro das discussões em bioética para dar voz a um grupo social que tem sido negligenciado nos debates acerca da implementação e efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Neste sentido, para além do estudo de gênero, faz-se necessária a inserção de mais um vetor de abordagem teórica que permita a criação de mecanismos de controle e combate às discriminações, especialmente na criação das políticas públicas em saúde, permitindo maior liberdade e autonomia das pessoas que gestam no exercício de seu direito.

3.1.1.3 Bioética Latinoamericana: Intervenção x proteção

É com o reconhecimento da importância da bioética crítica nas sociedades em desenvolvimento para sua melhor utilidade que surge uma nova linha de pesquisa preocupada com a efetivação dos direitos fundamentais dos sujeitos vítimas das desigualdades sociais.

A linha da bioética estudada neste capítulo é pensada para estabelecer métodos intervencionistas e protecionistas que garantam a igualdade de direitos e a extirpação das desigualdades, vez que a mera aplicação de princípios universalizantes não se mostra suficiente. Portanto, abordá-la nesta pesquisa é de suma importância, vez que a implementação de novas tecnologias no auxílio ao exercício do direito ao livre planejamento familiar ainda é um assunto que causa controvérsia no Brasil.

De origem norte americana, a bioética se universalizou a partir do seu viés principialista, pautado em quatro princípios básicos. Contudo, em meados da década de 90, discussões acerca deste caráter universalizante e da real abrangência e aplicabilidade dos princípios desencadearam no surgimento de outras vertentes bioéticas, pautadas em macroproblemas coletivos, já que se reconhecia que a bioética principialista era limitante na abordagem de tais questões. Assim, principalmente pautados em questões socioambientais e sanitárias, surge, na América Latina, uma nova proposta epistemológica, chamada de bioética de intervenção, de base utilitarista e consequencialista (Garrafa, 2005, p. 125).

A principal crítica da comunidade da América Latina no que tange à universalidade da bioética principialista, diz respeito à insuficiência da teoria para a análise de macroproblemas persistentes nestas comunidades, já que a referida teoria não foi criada pensando na realidade das comunidades emergentes. Com isso, tem-se que o processo de globalização apenas enfatizou estas desigualdades entre “[...] nações ricas do Hemisfério Norte e as pobres do Sul”, exigindo a criação de uma teoria que fosse capaz de compreender tais nuances e melhor representar as demandas cotidianas da população latino-americana (Garrafa, 2005, p. 127).

Assim, parte-se do pressuposto que existe uma pluralidade de sociedades, em graus distintos de desenvolvimento, às quais serão discutidos diferentes problemas emergentes. Enquanto sociedades mais desenvolvidas terão por foco discussões voltadas à relação médico-paciente e suas ramificações, como a utilização de embriões em pesquisa clínica, as sociedades em desenvolvimento precisam ainda mergulhar em questões de maior abrangência, como o acesso à saúde e melhor qualidade de vida (Luna, 2012, p. 215-216).

Não significa dizer, todavia, que em sociedades em desenvolvimento não se vislumbram problemas de ordem mais complexa, como questões que envolvem a liberdade

sexual e reprodutiva e a implementação de novas tecnologias. Contudo, reconhece-se que outras demandas mais primordiais e básicas ainda se mostram na iminência de serem resolvidas para que questões mais complexas possam tomar a ordem do dia (Luna, 2012, p. 216-217).

Florência Luna (2012, p. 216) faz uma distinção entre os problemas bioéticos controvertidos (*sexies*) e aqueles que chama de *aburridos*, que se traduzem de forma literal para “entediados”. O primeiro seria a vertente que estuda temas que causam calorosas discussões, especialmente vistas quando se discute início e fim de vida, por exemplo, mais relacionadas a questões biológicas e tecno-científicas, enquanto o segundo se pauta em questões mais corriqueiras, menos biológicas e mais políticas e que, assim, despertam uma maior preocupação com a verificação da vulnerabilidade das relações humanas, como a falta de leitos e recursos nos hospitais.

A instituição da bioética de intervenção no início do século XXI representa um retorno às origens desta ciência, preconizada inicialmente por Potter, “Transformou-se, assim, em um instrumento concreto a mais, para contribuir no complexo processo de discussão, aprimoramento e consolidação das democracias, da cidadania, dos direitos humanos e da justiça social” (Garrafa, 2005, p. 126).

Essa “raiz da bioética” diz respeito às discussões para além do âmbito clínico, onde se discutem dilemas de ética global, como preservação do planeta, pautado na preocupação de manutenção da qualidade de vida a gerações futuras, evitando ações políticas que corroborem com a destruição da biodiversidade e, conseqüentemente, ocasionando danos irreparáveis ao ecossistema (Garrafa, 2005, p. 127).

Enquanto isso, a bioética principialista, por ter sido instituída num contexto de país desenvolvido, abrange questões mais individualistas, voltada à resolução de problemas biomédicos e de assimetria da relação médico-paciente (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 248).

Para os adeptos da bioética principialista, há o entendimento de que seus mandamentos pressupõem a universalidade, todavia, esta é mutável, ou seja, os princípios, regras e mandamentos gerais da bioética principialista não são imutáveis, seu caráter universal diz respeito à sua abrangência, mas é a situação em concreto que vai determinar a sua forma de aplicabilidade (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 248).

Contudo, críticos dizem que não é possível criar uma teoria de fato universal, como pleiteia a corrente principialista, que seja capaz de abranger todas as individualidades e gerar um consenso dentro de um contexto complexo de pluralidade de comunidades (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 249).

Ainda que a bioética de intervenção busque se apropriar das questões emergentes de sociedades em desenvolvimento como a América Latina, é preciso compreender que estas não são homogêneas e demandarão, ainda assim, políticas e soluções diversas, pois cada sociedade, apesar de possuir pontos convergentes, como a influência da religião católica e da desigualdade social e econômica, é constituída de forma distinta e, portanto, manifestam seus problemas de forma diversa (Luna, 2012, p. 218).

Foi no ano de 1998, a partir do Congresso Mundial de Bioética, que os olhos dos pesquisadores da área passaram a se voltar para as questões de ordem global. Questões como análise da qualidade de vida, pautas sobre preservação da biodiversidade, racismo e discriminação, acesso aos sistemas públicos de saúde, dentre outros, passaram a ser protagonistas da teoria bioética (Garrafa, 2005, p. 129).

Apesar do quanto aqui destacado, faz-se necessário mencionar que apesar das críticas quanto à impossibilidade de universalização de uma teoria como a principialista, há estudiosos fora do eixo estadunidense que defendem esta possibilidade (Garrafa, 2005, p. 129).

A teoria principialista traz consigo quatro princípios, tido como universais e aplicáveis a qualquer situação. Todavia, apesar da praticidade e utilidade da ideia, é preciso compreender que haverá situações nas quais estes princípios não serão suficientes para a chegada de uma conclusão bioética. Volnei Garrafa (2005, p. 130) elenca quatro principais cenários aos quais a referida teoria se mostra insuficiente:

- a) a análise contextualizada de conflitos que exijam flexibilidade para determinada adequação cultural; b) o enfrentamento de macroproblemas bioéticos persistentes ou cotidianos enfrentados por grande parte da população de países com significativos índices de exclusão social, como o Brasil e seus vizinhos da América Latina.

Em sua concepção, a bioética principialista não possui as ferramentas necessárias para proporcionar impactos positivos nas sociedades de países subdesenvolvidos e, assim, não possui força para gerar impacto nas organizações políticas, não interferindo de forma útil na relação de poder causadora de desigualdades (Garrafa, 2005, p. 131).

Já a bioética de intervenção compreende o ambiente social de forma diferente, a partir do ideal de dominação ao qual os povos do hemisfério sul foram submetidos. Assim, toma-se a doença, por exemplo, como algo socialmente construído, “[...] em razão das circunstâncias históricas e culturais que determinam a vida social e as relações entre os indivíduos e destes com o ambiente” (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 250).

Portanto, para proteção destes sujeitos vulneráveis, a bioética de intervenção defende que, no campo público e coletivo, faz-se necessário a priorização de políticas de incentivo à

dignidade humana, garantidoras de igualdade entre a população, combatendo as discriminações geradas pelas relações de poder a partir da intervenção, “[...] privilegiando o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores conseqüências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas”. Já no âmbito privado, defende-se a busca de soluções que evitem conflitos entre as partes, buscando-as a partir do próprio contexto em que estas pessoas estejam inseridas (Garrafa, 2005, p. 130-131).

Portanto, a bioética de intervenção funciona como promotora da necessidade de criação de garantias mais explícitas no ordenamento jurídico de efetividade dos direitos das mulheres, por exemplo, determinando que a função do Estado no que tange à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos se lastra na proteção a autonomia para decidir o que fazer com seu próprio corpo. Assim, há a proteção dos direitos existenciais da mulher, de forma a evitar conflitos entre o seu desejo e eventuais intervenções médicas ou até mesmo políticas desnecessárias.

A bioética de intervenção tem como referenciais teóricos a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Assim, nota-se a preocupação desta linha de pensamento em ampliar as discussões éticas no âmbito da saúde, comprometendo-se a favorecer a construção de um sistema público funcionante, acessível à população mais vulnerável, com base nos critérios de equidade, justiça e inclusão social (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 250).

Em um contexto de escassez de recursos tão comum na América Latina, a bioética de intervenção atua em conjunto com o princípio da justiça, na busca por equidade na aplicação e efetividade de políticas públicas. Os dilemas da microalocação de recursos na bioética clínica acabam por se estender em quase todas as questões em saúde, mesmo aquelas de baixa complexidade. No que tange aos cuidados em saúde pautados em gênero, isso se torna cada vez mais evidente (Schutz; Schramm, 2008, p. 108).

Assim, há a preocupação quanto a viabilidade econômica de se implantar novas práticas reprodutivas, vez que, uma vez que estas sejam consideradas como direito das mulheres, deve haver a garantia de acesso igualitário, sob pena de perpetuar as discriminações não só de gênero, como de raça e socioeconômicas.

Neste cenário de precariedade, os direitos sexuais e reprodutivos, tais como questões que envolvam planejamento familiar, mortalidade materno-infantil, dentre outras questões de gênero se destacam quando o assunto diz respeito à alocação de recursos em saúde, especialmente se associado à necessidade de garantia da dignidade humana e do direito à vida de forma *lato sensu* (Schutz; Schramm, 2008, p. 109-110).

Nas palavras de Schutz e Schramm (2008, p. 111), “A partir disso, saúde já não é mais só uma questão privada, do âmbito do indivíduo ou da relação médico-paciente, mas uma questão de política pública, que implica, portanto, considerar o contexto público.”.

É nesse contexto que se questiona qual deveria ser o critério para estabelecer prioridades na alocação dos recursos em saúde. Quais seriam os critérios éticos e sociais utilizados para estabelecer quais problemáticas devem ser priorizadas em detrimento de outras? Seriam as novas tecnologias em saúde reprodutiva muito custosas para implementação, representando pouco benefício prático para se tornarem prioridade nos serviços de saúde e atenção à mulher, pensando em alocar estes recursos para atender às necessidades básicas de uma maioria - devendo, para tanto, estabelecer quais necessidades são estas e quem representa esta maioria-? (Schutz; Schramm, 2008, p. 109).

Neste sentido, tem-se a bioética da proteção, cunhada no começo do século XXI na América Latina com o objetivo de “[...] ocupar-se da moralidade das atividades práticas da SP” (Schramm, 2017, p. 1532), preocupando-se com a qualidade de vida dos sujeitos a partir da distribuição justa de recursos, num diálogo interdisciplinar entre a moral, a bioética e a biopolítica. Assim, tem-se por princípio universal desta vertente da bioética – e da bioética laica como um todo- o de evitar o sofrimento evitável, através da otimização das políticas públicas em saúde, garantindo o bem estar de todos ou da maior quantidade possível de pessoas.

Portanto, a autonomia pessoal é grande aliada da bioética de proteção, vez que busca a satisfação do ser como um todo, através da melhora da qualidade de vida, além de ser critério decisivo para as escolhas morais em sociedade.

Partindo de um viés utilitarista, as políticas públicas de saúde voltam-se para o combate e prevenção de doenças que atingem maiores parcelas da população, consideradas mais relevantes do ponto de vista social, e que demandam menos recursos financeiros do Estado. Todavia, salienta-se que a infertilidade acomete uma parcela considerável da população, portanto, ainda que o argumento utilitarista fosse aplicado, a não atuação em face desta problemática ainda não se justificaria (Braz, 2008, p. 181).

Marlene Braz afirma que questões de gênero, especificamente aquelas relacionadas à infertilidade, não são devidamente acolhidas pelas políticas públicas em saúde, considerando que o foco destas tem sido o incentivo à diminuição da prole como forma de prevenção e combate da miséria. Contudo, esta preocupação é seletivamente voltada às pessoas pobres, como se houvesse uma presunção de progressão geométrica entre poderio econômico e quantidade de filhos (Braz, 2008, p. 175).

Nesse sentido, Marlene Braz (2008, p. 175-176) afirma que se a pobreza em si fosse de fato combatida, questões complexas de saúde poderiam ser discutidas sem associações discriminatórias. Há uma equivocada presunção de que a eliminação da miséria ocorrerá se as pessoas pobres deixarem de procriar, contudo, “[...] seria necessário atacar a pobreza, diminuir as desigualdades existentes, incluir as pessoas de tal modo que todas pudessem se sentir cidadãs”.

Assim, a justiça só se alcançaria de forma plena quando fosse possível dar a todos liberdade e autonomia para conquistar seu bem-estar físico e mental, consubstanciado numa verdadeira vida digna (Schutz; Schramm, 2008, p. 114).

O reconhecimento da vulnerabilidade do sujeito determina a necessidade de sua proteção, especialmente quando esta se relaciona com a incapacidade civil, por exemplo (Souza; Souza, 2023, p. 78). É nesse viés que, nas palavras de Anjos (2006, p. 174), “a consciência da vulnerabilidade do agente autônomo é importante para se entender melhor o próprio exercício da autonomia.”

Neste sentido, tem-se que o Estado Democrático de Direito tem por premissa básica a garantia da dignidade de toda a sua população, em especial aquela parcela que tem sido exposta a situações que a vulnerabilizam.

Assim, é importante compreender que “Uma das características mais marcantes da democracia é exatamente o estabelecimento de um amplo sistema de proteção com a finalidade de proteger a integridade e a existência das minorias e dos vencidos” (Cunha, 2024).

Apesar de distintas, a vulnerabilidade e a autonomia devem caminhar em conjunto para a construção de um ser e comunidade éticos, especialmente em relação a conflitos bioéticos (Anjos, 2006, p. 174). Isso faz parte do conceito básico da bioética de proteção e deve estar sempre alinhado com o conteúdo das políticas públicas em saúde.

Ao ter consciência da sua condição de vulnerável, o sujeito é capaz de realizar a tomada de decisão a partir da ponderação dos fatores que acentuam essa condição de vulnerabilidade, considerando, assim, os limites e condicionamentos da liberdade (Anjos, 2006, p. 183).

Nesse contexto, o respeito à autonomia não se dá apenas de forma passiva, dando ao outro espaço para agir de acordo com a sua autodeterminação, mas também a partir de uma postura proativa, agindo para evitar vulnerabilidades e construir uma autonomia crítica do ser (Anjos, 2006, p. 184).

Relacionando a colonialidade de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, diante da liberdade consagrada como direito fundamental para exercício deste, a mulher deveria ter, de fato, o exercício do direito de escolha de se relacionar-

se sexualmente ou não; de escolher o/a parceiro sexual; de reproduzir ou não; e de planejar a sua família, englobando o modo de sua constituição, a intenção e concretização da filiação ou não, a quantidade de filhos, o momento adequado etc. Logo, o papel que se espera da mulher é de protagonista do seu direito. A ela não deveria caber papéis subalternos e decisões pré-determinadas na perspectiva das colonialidades do poder, do saber, do ser e do gênero na relação familiar (Souza, 2023, p. 86).

Os atos de autonomia privada são derivados da capacidade que os sujeitos têm, a partir de um ato livre de vontade, de celebrar negócios jurídicos entre si, vinculando sua conduta a si e a terceiros, modelando, assim, as relações jurídicas que celebram (Branco, 2011, p. 249).

Tais atos geram atos jurídicos perfeitos, “[...] com força e eficácia obrigatória perante o autor da manifestação livre da vontade”. A autonomia privada e a liberdade de contratar, apesar de terem como ponto de conversão a personalidade e a autodeterminação, se diferenciam num ponto que é o da competência, que garante eficácia à autonomia privada, mas não o mesmo para a liberdade de contratar. Ou seja, a autonomia privada exige uma competência do sujeito de direito para ser exercida, já a liberdade de contratar, enquanto ato de autodeterminação, necessita de permissões jurídicas (Branco, 2011, p. 251).

Logo, para o exercício da autonomia privada, é preciso que a legislação não apresente empecilhos, a exemplo da proibição de transmissibilidade e renúncia aos direitos da personalidade. Neste caso, “é retirada dos particulares a competência para criar normas particulares a partir de atos voluntários”. Essa “retirada de competência” existe para proteger os valores que estão no núcleo da liberdade, razão pela qual não é possível a realização de negócios jurídicos sobre bens que nascem dessa proteção (Branco, 2011, p. 252).

Desta forma, as declarações de atos de vontade, como os termos de consentimento livre e esclarecido, são instrumentos utilizados para demonstrar que a vontade de um sujeito está em conformidade com os direitos da personalidade, pois seu consentimento foi prestado a partir do acesso à informação, possibilitando a disposição de seu corpo sem que isso implique em supressão de um direito fundamental (Branco, 2011, p. 254).

Todavia, estes não são atos jurídicos perfeitos, o que possibilita, por exemplo, a renúncia do consentimento, assim como não se nega a possibilidade de comprovar futuramente que aquele consentimento foi colhido de maneira ilegítima, pois o sujeito que dispôs de seu direito, por exemplo, não possuía a capacidade necessária para celebração daquele ato, ainda que tal ato não tenha sido revogado expressamente (Branco, 2011, p. 254).

Importa, portanto, trazer à baila o fato de que a manifestação do consentimento informado não necessariamente será a mesma de atos e negócios jurídicos em geral, pois as circunstâncias que envolvem a primeira permitem considerar a capacidade de pessoas

incapazes, como crianças, para a tomada de decisão, assim como a expressão de vontade de um adulto, todavia, pode vir a ser questionada (Branco, 2011, p. 254-255).

Sendo assim, a compreensão sobre o conceito de vulnerabilidade se torna algo ainda mais complexo, especialmente se considerado em conjunto com as nuances que envolvem o conceito de autonomia e as diferentes formas de sua expressão. O Direito não parece ter sido capaz de estabelecer um conceito que abranja estas diferenças, o que se justifica pela dimensão expressamente subjetiva da vulnerabilidade (Meirelles *et al*, 2022, p. 114).

Por isso se faz de suma importância compreender as dimensões da vulnerabilidade a partir de uma análise conjunta com a autonomia, a fim de que a vulnerabilidade seja então inserida nas situações jurídicas existenciais como alicerce da construção do exercício da liberdade dos sujeitos, não necessariamente como elemento utilizado para anular sua autonomia (Meirelles *et al*, 2022, p. 114).

A autonomia deve ser o principal ponto de foco das situações existenciais, pois sem ela, não é possível considerar como válido um ato jurídico. Todavia, faz-se importante interpretá-la para além de suas dimensões sociais e normativas, para inserir também os fatores que dificultam o seu exercício. Sendo assim, cabe ao Direito reconhecer também a ligação intrínseca da vulnerabilidade e autonomia para o exercício legítimo desta (Meirelles *et al*, 2022, p. 115).

Neste sentido, interessa pontuar a necessidade de interpretação multifacetada da vulnerabilidade, englobando aspectos éticos, filosóficos, sociológicos, dentre outros. Entender que a vulnerabilidade se expressa de diferentes maneiras em cada indivíduo permite reconhecer a complexidade de sua aferição, não sendo pertinente vinculá-la a um rótulo hermético e fechado (Meirelles *et al*, 2022, p. 15-16).

Portanto, compreender as dimensões da vulnerabilidade, uma a uma, mostra-se como estratégia mais pertinente ao tema. De início, cumpre tratar da dimensão ontológica do termo, na qual entende-se pela condição de ser humano e a vulnerabilidade inevitavelmente inserida no ser, ou seja, parte-se do pressuposto da vulnerabilidade como condição humana. Assim, “A primeira dimensão de vulnerabilidade está, então, no simples fato de se existir” (Meirelles *et al*, 2022, p. 117).

Florência Luna (2008, p. 2-3) critica a parcela da doutrina que entende a vulnerabilidade como condição humana no sentido de atribuí-la a todos de forma natural ou até mesmo normal, ou seja, inerente ao ser, pois, assim, permite-se concluir que não haveria necessidade de proteger certos indivíduos pois todos seriam vulneráveis.

Assim, é preciso entender que a vulnerabilidade se expressa de duas formas, na forma subjetiva, na qual é possível concluir que a vulnerabilidade possui um caráter universalizante como condição humana, e um caráter adjetivo, manifestada de diversas formas no campo concreto, a partir da construção pessoal de vida dos sujeitos e grupos sociais (Meirelles *et al*, 2022, p. 118).

Logo, conclui-se que a vulnerabilidade está inserida num contexto de múltiplos fatores, dentre eles a raça, o gênero, a classe social, ou seja, marcadores que expressam no indivíduo, limitantes do seu exercício à liberdade e autonomia e, portanto, demandam do aplicador da norma e garantidor da dignidade deste sujeito, a compreensão acerca da complexidade em se entender quais fatores influenciam a tomada de decisão de determinada pessoa e o que limita a sua capacidade de compreensão dentro daquele contexto (Meirelles *et al*, 2022, p. 120).

Florência Luna (2008, p. 7) apresenta a metáfora das capas para figurar as dimensões da vulnerabilidade, afirmando que um mesmo sujeito é capaz de ter uma série de condicionantes que o torna vulnerável. A metáfora se mostra como um conceito mais flexível, que pode ser múltiplo e diferente, podendo, assim, identificar e remover, uma a uma das características de vulnerabilidade de determinado ser.

Um exemplo destas capas de vulnerabilidade diz respeito às mulheres. O fato de ser mulher, única e exclusivamente, não faz com que todas sejam vulneráveis. Por exemplo, mulheres que vivem em sociedades desenvolvidas possuem acesso ao trabalho, saúde e educação, não havendo que se falar, a priori, em vulnerabilidade em decorrência do gênero. Todavia, ao se analisar a situação de mulheres que vivem em países em que políticas reprodutivas são restritivas e punitivistas, estas recebem uma camada de vulnerabilidade que as primeiras não têm. Ainda neste cenário, é possível notar que mulheres de baixa renda tendem a ter acesso ainda mais restrito a serviços de saúde, adicionando, assim, mais uma capa de vulnerabilidade (Luna, 2008, p. 8).

Sendo assim, o conceito de vulnerabilidade atrelado às “capas” refere-se às circunstâncias em que determinado indivíduo se insere, sem vinculá-lo a categorias fixas e imutáveis. Ou seja, a vulnerabilidade não deve ser vista como algo inerente ao ser, no sentido de persistir por toda sua vida (Luna, 2008, p. 8-9).

Neste sentido, não basta a aplicação de políticas públicas e legislações genéricas que abordem a vulnerabilidade em sentido abstrato, faz-se necessária a implementação de políticas que busquem diagnosticar as situações de suscetibilidade da vulnerabilidade e atuem diretamente nas causas incentivadoras dessa manifestação (Meirelles *et al*, 2022, p. 120).

Portanto, forçoso se faz concluir que cabe ao Estado fornecer aos sujeitos os mecanismos de construção da sua emancipação, e isso perpassa por identificar e estabelecer critérios demolidores dos fatores de estímulo às condições de vulnerabilidade. “Ao Direito, cabe dar à pessoa vulnerável a possibilidade de se autodeterminar, reduzindo da melhor forma possível as limitações que lhes sejam impostas” (Meirelles *et al*, 2022, p. 120-121).

Florência Luna (2008, p. 10-11) destaca a importância do reconhecimento das capas de vulnerabilidade para a criação de estratégias de intervenção específicas a cada situação, agindo diretamente no foco causador daquela vulnerabilidade.

Assim, faz-se importante destacar que “Os requisitos especiais da autonomia privada estão, na verdade, no âmbito das situações jurídicas existenciais (...)”, devendo estar sempre em pauta o exame das vulnerabilidades presentes, contudo, sem torná-las fatores impeditivos do exercício da autonomia, tampouco descartados no exame de admissibilidade da competência de um indivíduo apenas baseado na sua aparente capacidade de compreensão, pois “Os critérios etário e/ou patológico para indicar e aferir a capacidade, dentro do Direito, por vezes, não bastam para comprovação de que um sujeito está exercendo uma ação autônoma” (Meirelles *et al*, 2022, p. 126-130).

Desta análise é possível extrair que autonomia e capacidade não são sinônimas, pois um sujeito desprovido de capacidade civil para atos patrimoniais, por exemplo, pode possuir discernimento para compreender as nuances de uma tomada de decisão em saúde, assim também de forma inversa. Logo, depreende-se que o conceito de autonomia é mais amplo que o conceito de capacidade e especialmente no que tange à tomada de decisão em saúde, as condições pessoais do sujeito, avaliadas dentro dos seus pontos de vulnerabilidade, devem ser auferidas (Meirelles *et al*, 2022, p. 127).

Nesse contexto, conclui-se que a bioética latino-americana tem por prioridade a busca pela emancipação do sujeito, eliminando os fatores ensejadores de vulnerabilidade que acabam por limitar o exercício da sua autonomia. Assim, busca-se mecanismos de equilíbrio das relações sociais, a fim de garantir um acesso igualitário aos serviços de saúde, e nisso se inclui o direito ao exercício livre da sexualidade e da liberdade reprodutiva das mulheres.

Portanto, é importante considerar tais aspectos ao legislar sobre o transplante de útero, evidenciando que a intervenção do Estado nas relações existenciais deve ocorrer para garantir a proteção dos vulneráveis e a não polarização e hierarquização do acesso à prática. Já a bioética de proteção surge como alicerce à autonomia e liberdade sobre o próprio corpo da mulher, permitindo, assim, que esta tenha a competência e capacidade de reconhecer as camadas que a

vulnerabilizam e, ainda assim, poder executar seu planejamento familiar da forma que entender ser a melhor para contemplar sua concepção de vida digna e de qualidade.

3.1.2 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos é o principal documento internacional de reconhecimento e consolidação da relevância e destaque da bioética para discussão das relações sociais na atualidade.

Este documento internacional surgiu da necessidade de maior movimentação quanto à efetividade das políticas públicas dos Estados na garantia da dignidade humana. Assim, criou-se um compilado de princípios que devem nortear as relações sociais, considerando a importância da ética para o respeito, não só ao ser humano, mas ao meio ambiente como um todo.

A Declaração é um importante marco para a bioética por considerar a pessoa em sua dimensão biopsicossocial e que a bioética tem papel fundamental na construção da sua personalidade, devendo ser garantida e respeitada nacional e internacionalmente.

Outro destaque é a relevância dada para as questões de gênero, dos países em desenvolvimento e das populações vulneráveis, admitindo, assim, a discriminação que este grupo social sofre e determinando ações para erradicação de tais desigualdades.

O artigo 3º desta Declaração assegura direitos básicos do ser humano, tais como a dignidade, as liberdades fundamentais e os direitos humanos propriamente ditos (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 243-244).

O parágrafo segundo do artigo 3º preconiza que os interesses e o bem-estar individuais devem prevalecer sobre interesse exclusivo da ciência ou sociedade, enquanto o artigo 4º apresenta os benefícios e malefícios da aplicação do princípio da beneficência. Portanto, considerando o objeto desta pesquisa, é possível concluir que a Declaração busca a proteção da dignidade e integridade física da mulher acima da proteção ao acesso sobre as novas tecnologias reprodutivas, devendo haver a garantia efetiva de sua segurança para somente assim a prática passar a ser fonte de reivindicações quanto a seu acesso.

Por sua vez, o artigo 10º traz a importância da igualdade, da justiça e da equidade, a partir da seguinte descrição: “A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa” (Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 245-247).

A Declaração é de extrema riqueza conteudista e reivindica valores essenciais para a vida em sociedade. Dentre eles, cabe citar o quanto disposto pelo art. 5º, que trata da autonomia e da responsabilidade individual, já que ressalta a importância do exercício da liberdade, contudo sem eximir o sujeito da responsabilidade de seus atos. Neste sentido há, inclusive, o cuidado em garantir a individualidade das pessoas incapazes de exercer a autonomia, humanizando-as.

Outro ponto cuidadosamente apresentado pela DUDBH é o do consentimento, já pautado neste trabalho, destacando a importância do cuidado sobre o respeito à autonomia do sujeito, especialmente no que tange à sua revogação, que deve ser acatada sem resguardar em prejuízos ou desvantagens à pessoa.

A Declaração não ignora fatores que são de suma importância para sociedades em desenvolvimento que é a vulnerabilidade do sujeito! Neste sentido, tem-se o princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, que ressalta a necessidade de proteção destes grupos e a consideração dos vetores de vulnerabilidade sobre os cuidados desta população.

Pensando na perspectiva de gênero, é possível identificar no princípio disposto sobre o art. 11º (não discriminação e não estigmatização) a necessidade de extirpação dos imaginários sociais impostos pela ordem patriarcal e machista, especialmente sobre as mulheres e outros grupos vulnerabilizados, a fim de evitar a disseminação de tais preconceitos e a manutenção do poder e do controle coercivo.

A partir deste viés, é possível considerar outros fatores de relevância na análise das situações fáticas existenciais, especialmente na América Latina. Um exemplo disso é a atuação conjunta do sujeito sanitário e bioético- que engloba a saúde pública e a bioética laica-, trazido por Schramm (2008, p. 41-42). O autor explica que num mesmo sujeito, é preciso haver a competência para exercer o *múnus* da Medicina de forma correta, representando assim a figura do sanitário, contudo, sem ignorar os aspectos éticos que a bioética impõe às relações em saúde, demonstrando a importância desta dualidade para a garantia de uma relação mais equilibrada, além da preocupação com a manutenção da dignidade dos sujeitos envolvidos em determinadas situações.

Assim, o ponto de vista sanitário muito se assemelha ao da bioética de proteção, vez que há uma preocupação em garantir, através de políticas públicas, o bem estar da população, considerando, para tanto, suas necessidades persistentes e emergentes, sem ignorar a (in)disponibilidade de recursos (Schramm, 2008, p. 44).

É neste ponto que a bioética laica se assemelha à figura do sanitarista, pois reconhece a pluralidade das situações existenciais e a necessidade de se desvencilhar de preposições universalizantes, buscando individualizar as necessidades de cada sujeito a partir das características que o constituem (Schramm, 2008, p. 44).

O art. 14º da Declaração dá arcabouço a esta discussão, vez que promove a saúde e o desenvolvimento social em prol da melhor saúde que se possa alcançar, em especial o quanto disposto pelo parágrafo 2º, alínea a, que enfatiza a necessidade de “o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano”.

Soma-se a isso o fato de haver a preocupação em partilhar os achados médicos com a população mundial, como preconiza o art. 15º da Declaração. Note-se, portanto, que um advento como o do transplante de útero que viabiliza a gestação em mulheres inférteis deve ser considerado dentro dessa perspectiva, assegurando, assim, o acesso igualitário à esta técnica.

Para além da importância da instituição de princípios bioéticos reconhecidos internacionalmente, tem-se a necessidade de garantia da sua aplicação efetiva em sociedade. Para isso, a DUDBH estabeleceu uma série de artigos pautados sob essa premissa.

Nesse sentido, destaca-se o quanto disposto pelo art. 18º, que enfatiza a necessidade de uma tomada de decisão em saúde pautada na viabilidade médica da prática e no bem estar do paciente, que é tão importante quanto a inovação científica em si.

Destaca-se também o quanto disposto pelo parágrafo 5º, do art. 21, que dispõe sobre a atenção ao comércio ilícito de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, que acaba por corroborar a proibição atual na legislação nacional quanto à onerosidade da prática.

Assim, faz-se importante reforçar a independência e complementariedade dos princípios imposta pelo art. 26º, devendo estes ser aplicados a partir do contexto em que estiverem inseridos, na tentativa de maior otimização dos direitos e garantias individuais.

Portanto, o marco histórico como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em conjunto com o avanço das tecnologias em ciência deve ser visto como uma oportunidade de incorporação conjunta destas ferramentas na busca pela melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, especialmente aqueles em condições emergentes de vulnerabilidade, principal alvo da Declaração.

Ou seja, é preciso agir em duas frentes distintas, uma pensada para diagnosticar os problemas decorrentes do subdesenvolvimento e outra voltada à incorporação de novas tecnologias para o auxílio no combate à essas desigualdades sociais (Schramm, 2008, p. 46).

3.2 FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS

Para corroborar e combater as desigualdades, é necessário não apenas o reconhecimento de ordem mundial do incentivo às políticas de promoção da igualdade, mas a proteção jurídica interna dos sujeitos de direito.

A bioética se mostra como importante ferramenta para discussão de temas como a liberdade sexual e reprodutiva, contudo, não é capaz de sozinha, garantir a efetividade de tais direitos, sendo necessário, portanto, a proteção constitucional e a elaboração de políticas de ordem nacional e internacional que corroborem a relevância da autonomia da mulher na concretização de seu bem-estar físico e psíquico.

Nesse sentido, a legislação brasileira detém mecanismos de proteção da dignidade de seus cidadãos que merecem destaque neste trabalho, por corroborarem o quanto até aqui discutido no que tange aos marcadores sociais das populações em vulnerabilidade e o diagnóstico e prevenção das discriminações de ordem social e econômica.

3.2.1 A dignidade da pessoa humana como pressuposto à discussão

A princípio, é necessário compreender que o Direito funciona como garantidor da tutela dos direitos fundamentais e, para tanto, precisa estar envolto em questões filosóficas acerca da própria concepção da palavra, mas, também, sobre quais os valores inerentes à dignidade para, assim, tutelá-los e protegê-los (Sarlet, 2007, p. 362).

Portanto, por mais que o direito e a filosofia pareçam se chocar o tanto quanto podem coincidir, não há como negar que o Direito é o principal garantidor dos direitos humanos. Assim, é preciso que esta união aconteça para “[...] estabelecer os contornos nucleares da compreensão das diversas dimensões da dignidade e de sua possível realização prática para cada ser humano.” (Sarlet, 2007, p. 362).

Neste sentido, os Direitos Humanos, apesar de sua natureza burguesa, vez que surge com o intuito de proteger a propriedade privada, ganha entornos diferentes com o passar do tempo, recebendo a influência de reivindicações dos direitos trabalhistas e de igualdade de gênero, por exemplo (Rocha *et al*, 2023, p. 107).

Assim, entende-se por dimensões da dignidade humana, a própria complexidade do ser humano na construção de sua personalidade. Ou seja, para que o Direito seja capaz de tutelar

a dignidade humana de forma minimamente abrangente, é necessário integrar uma série de fundamentos que guardem um elo em comum (Sarlet, 2007, p. 362).

Na visão de Ana Carolina Brochado Teixeira (2018, p. 77-78), este elo em comum é a liberdade, que se materializa no exercício das individualidades dos sujeitos de direito. Para a Autora, a dignidade só pode ser efetivada se, a priori, for reconhecido o caráter desigual da existência humana, para, assim, a partir da consideração do ser humano em concreto, possa haver a expressão da individualidade e, portanto, da dignidade.

Conceituar a dignidade humana, por si só, já é tarefa de difícil execução, e isso se dá pelo fato de seus contornos serem envoltos por termos vagos e imprecisos. Mas para além disso, esta dificuldade reside no fato de que a dignidade humana não tutela um fato específico, mas sim de uma qualidade que é presumida como inerente a todo ser humano. Tanto o é, que há a concepção geral de que a dignidade, sendo inerente ao ser, é a própria forma de identificá-lo desta maneira, o que, por si só, em nada contribui para a objetivação de seu conceito, ao menos em seu aspecto jurídico-normativo (Sarlet, 2007, p. 364).

Isto porque, diferente do âmbito filosófico, no qual não há a necessidade de constrição de um conceito para compreensão da discussão, na tutela jurisdicional, especificamente no exame de um caso concreto, não há como dispensar ao menos uma compreensão jurídica de qual seria o âmbito de abrangência da dignidade humana. Somente assim se faz possível a determinação de consequências para a sua violação (Sarlet, 2007, p. 365).

Por esta razão é que toda a hermenêutica jurídica deve estar voltada à satisfação do ser humano, pois somente assim é possível concretizar a efetivação da dignidade, através da emancipação do sujeito- emancipação esta que é conquistada através do reconhecimento das vulnerabilidades do ser e de ações para sua extirpação- (Teixeira, 2018, p. 79).

O estudo das dimensões da dignidade humana permite uma categorização que auxilia na construção de seu conceito jurídico. Todavia, cabe destacar que a classificação da dignidade em dimensões não determina a sobreposição de fases ou sua exclusão (Sarlet, 2007, p. 365).

Já de início, destaca-se que a dimensão ontológica da dignidade, por compreender que esta é inerente à condição de ser humano, é irrenunciável e inalienável! Todavia, esta constatação não impede a sua relativização, ao menos no campo jurídico-normativo. O que se quer dizer com isso é que a dignidade é anterior ao Direito, ou seja, ela não existe apenas onde o Direito a tutela ou à medida que este a reconhece (Sarlet, 2007, p. 366-367).

É importante ressaltar, contudo, que o fato de a dignidade ser inerente à condição de ser humano, não lhe atribui um caráter biologizante. Ou seja, no que pese a dignidade deva ser preservada para todo e qualquer ser humano, independentemente de como este se porta perante

a sociedade, com atitudes indignas ou não, esta não é algo geneticamente pré-programado no ser, deve ser algo buscado e garantido, vez que depende de toda uma conjuntura política e social da comunidade em que o ser humano se insere (Sarlet, 2007, p. 369).

Nesse contexto, destaca-se as similaridades entre o conceito de liberdade e o de dignidade, vez que a primeira representa uma das formas de expressão da segunda.

A dimensão intersubjetiva da dignidade a analisa a partir de um viés social e comunitário, partindo da relação básica do ser humano com seus semelhantes e não a partir de uma ótica individual. Portanto, esta dimensão traz um caráter instrumental à dignidade, abordando-a a partir da noção de igual dignidade a todas as pessoas, na participação ativa do ser humano para garantir uma dignidade coletiva (Sarlet, 2007, p. 370).

Ou seja, nesta dimensão, a dignidade é entendida para além da esfera individual, prezando pelo respeito ao outro e à sua dignidade, que se traduz na noção de direitos e deveres do cidadão (Sarlet, 2007, p. 370-371).

A partir do reconhecimento da pluralidade que o conceito de dignidade carrega, nota-se a necessidade de, primeiramente, reconhecer a possibilidade de construção de uma conceituação desta, contudo, reconhecendo a necessidade de constante transformação deste conceito, já que se está a falar de uma categoria axiológica aberta (Sarlet, 2007, p. 373).

É nesse contexto de pluralidade que surge a dimensão da dignidade como construção, pautada na conciliação do caráter individual da dignidade e aquele determinado pelas mudanças trazidas pelas gerações e da humanidade como um todo. Assim, determina-se que o conteúdo da dignidade se determina também a partir do contexto em que se insere, já que enquanto em determinadas comunidades certas ações não representam violação de sua dignidade, para outras, este mesmo gesto pode significar violação intensa do núcleo essencial de sua existência (Sarlet, 2007, p. 373-374).

A dupla dimensão da dignidade, por sua vez, diz respeito a seu caráter negativo e prestacional. Dentro desta perspectiva, tem-se a noção assistencial da pessoa humana que, por vezes, pode vir a prevalecer perante a dimensão autônômica desta. O que se extrai disso é que, mesmo em situações na qual o sujeito não possui a capacidade de autodeterminação, é preciso garantir a sua dignidade (Sarlet, 2007, p. 376).

É justamente neste sentido que assume particular relevância a constatação de que a dignidade da pessoa humana é simultaneamente limite e tarefa dos poderes estatais e, no nosso sentir, da comunidade em geral, de todos e de cada um, condição dúplice esta que também aponta para uma paralela e conexa dimensão defensiva e prestacional da dignidade. Como limite, a dignidade implica não apenas que a pessoa não pode ser reduzida à condição de mero objeto da ação própria e de terceiros, mas também o fato de a dignidade gerar direitos fundamentais (negativos) contra atos que a violem ou a exponham a graves ameaças. Como tarefa, da previsão constitucional (explícita ou

implícita) da dignidade da pessoa humana, dela decorrem deveres concretos de tutela por parte dos órgãos estatais, no sentido de proteger a dignidade de todos, assegurando-lhe também por meio de medidas positivas (prestações) o devido respeito e promoção (Sarlet, 2007, p. 378).

Assim, o caráter prestacional da dignidade diz respeito a preservação da dignidade existente, mas também de garantir a sua manutenção na sociedade, criando condições para o seu pleno exercício.

O reconhecimento de fragilidades que tornam o ser vulnerável é ponto necessário a se observar no que tange à garantia da dignidade humana. Neste sentido, a própria Constituição estabelece uma tutela qualitativa e quantitativamente diferenciada para aqueles sujeitos mais vulneráveis, a fim de que mesmo os sujeitos que, por alguma razão, não sejam capazes de, por si só, exercer a sua subjetividade, consigam, através do auxílio de políticas públicas, ter a sua dignidade garantida, devendo incidir o princípio da solidariedade (Teixeira, 2018, p. 80).

Apesar da dificuldade de conceituação, a necessidade de garantia mínima de segurança jurídica exige a criação de algum método de caracterização da dignidade, nem que seja a partir da constatação de sua violação. Assim, entende-se que, garantindo condições mínimas de existência, como respeito à vida e integridade física, à autonomia, liberdade e igualdade, jamais será possível, logicamente, haver espaço para dignidade da pessoa humana. Portanto, no que pese a ausência de um conceito objetivo do que é a dignidade, a noção de ações negativas de seus pressupostos básicos serve de bússola para o que deve ser rechaçado (Sarlet, 2007, p. 381).

3.2.2 A dimensão constitucional da liberdade

A liberdade se expressa a partir da faculdade, ou seja, a capacidade de decidir a partir de sua própria determinação. Neste sentido, tem-se que, para poder exercer a faculdade da liberdade, é preciso que antes, o sujeito seja de fato livre, ou seja, a liberdade em si só é alcançada a partir da conquista da autonomia do ser. Para Hossne (2007, p. 100), além da conquista da liberdade, é preciso ser capaz de assumir as consequências que com ela surgem e, assim, compreende que a liberdade equivale à autodeterminação.

A liberdade dá ao sujeito uma espécie de poder, contudo, é importante ressaltar que, assim como os direitos e princípios, a liberdade não é absoluta, ela se esbarra na liberdade do outro, ou seja, a liberdade também possui seus limites e condicionantes (Hossne, 2007, p. 100).

Tem-se a percepção jurídica da liberdade, expressada através da compreensão de que ao sujeito tudo é permitido, desde que não seja proibido expressamente por lei, portanto, a

legislação se mostra como fator limitante da liberdade, já que a condiciona a um permissivo legal, reforçando o caráter não absoluto desta (Hossne, 2007, p. 100).

Assim, indaga-se se a liberdade, para além de ser um poder de agir, não seria também um direito da pessoa capaz (ressaltando que a capacidade, neste contexto, se expressa através da autodeterminação no cenário em que o sujeito se insere) (Hossne, 2007, p. 101).

A Declaração Universal sobre Direitos Humanos (DUDH) enfatiza a importância da liberdade, se referindo a ela de forma expressa, por diversas vezes. Um bom exemplo desta edificação está em seu preâmbulo, no qual preconiza que a liberdade, seja ela de expressão, de crença ou de viver, é símbolo de um mundo livre de temor. Menciona também, ainda em fase preambular, as liberdades fundamentais do homem (Hossne, 2007, p. 101).

O fato de a liberdade estar mencionada de forma tão explícita no preâmbulo de um dos documentos mais importantes da atualidade, demonstra a necessidade de garantia da construção das individualidades, evidencia a importância da construção da capacidade de autodeterminação do sujeito para expressão de sua liberdade, conquistando, assim, o verdadeiro bem-estar e dignidade.

Nas palavras de Hossne (2007, p. 102), “[...] sem liberdade não há, pois, nem ética, nem bioética”. Essa constatação é de suma importância pois ambas as filosofias são pautadas no sujeito, e a ausência de liberdade é consequência da ausência de sua autonomia, um dos principais objetos de estudo da ética e da bioética, como pôde se verificar até aqui.

O autor faz a ressalva de que, para compreender a liberdade, é preciso ter uma visão crítica a seu respeito, pois não há compatibilidade num discurso ético sobre exercício da liberdade se o sujeito, primordialmente, não se desconstrói de pensamentos e concepções limitantes e, portanto, preconceituosos. Não há que se falar em liberdade de opção enquanto houver uma amarra limitante ao discurso, pautada em concepções infundadas (Hossne, 2007, p. 102).

No âmbito da liberdade reprodutiva, esta se dá através do direito da mulher em escolher o momento de gestar (ou não), bem como da compreensão de que, no que tange à liberdade de procriação, a política deve intervir de forma mínima, não sendo cabível a determinação, por exemplo, de quando e quantos filhos uma pessoa deve ter. Este controle está muito relacionado à ética naturalista, que preconiza apenas o natural como correto e rechaça os métodos artificiais e/ou medicalizados de procriação (Braz, 2008, p. 176).

Assim, faz-se importante debruçar-se sobre as dimensões da liberdade para compreender suas manifestações e limites, especialmente considerando que no contexto desta pesquisa, a liberdade se apresenta como pressuposto positivo para realização de intervenções

médicas para uns, mas também de mecanismo de objeção para outros, contudo, sem influir nas decisões legislativas sobre o tema, o que revela seu caráter dualista.

3.2.2.1 Liberdade de crença e consciência

Considerando a liberdade religiosa inserida num contexto de direito fundamental, esta deve ser interpretada como um mandamento de otimização, ou seja, a expressão da liberdade de crença deve ser protegida da maneira mais ampla possível, dentro das condições fáticas e jurídicas disponíveis (Teraoka, 2010, p. 41).

Portanto, a liberdade religiosa deve ser preservada da maneira mais absoluta possível, sendo restringida somente ao conflitar com outro direito fundamental, oportunidade à qual se faz necessária a ponderação dos princípios fundamentais, pautada na dignidade da pessoa humana, a fim de determinar, no caso concreto, qual o direito “definitivo”, ou seja, aquele que deve prevalecer (Teraoka, 2010, p. 42).

O conceito de religião, por ser aberto, deve ser interpretado de maneira ampla, com o fim de evitar discriminações de quaisquer naturezas. Portanto, no Brasil, as religiões ligadas a algum aspecto sobrenatural, ainda que não relacionadas a um deus pessoal, são protegidas (Teraoka, 2010, p. 45).

Todavia, faz-se importante ressaltar a diferença entre religião e ideologia, crença política ou qualquer outro tipo de manifestação individual do sujeito. A primeira se distingue das demais por estar ligada a algo não racional (Teraoka, 2010, p. 45).

Assim, a proteção à liberdade religiosa está embutida na Constituição Federal, nos termos do art. 5º. inciso VI: “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias”.

Da leitura deste dispositivo legal, é possível extrair dois conceitos distintos: a liberdade de crença *versus* a liberdade de consciência. Enquanto a liberdade de consciência diz respeito à liberdade do indivíduo em formular ideias a respeito de si, o que abrange outras esferas da vida do sujeito, a liberdade de crença se mostra limitada à liberdade religiosa, portanto, restrita à religiosidade (Teraoka, 2010, p. 48).

A liberdade de consciência é mais ampla que a de crença, englobando questões filosóficas, ideológicas e, também, religiosas. O que deve pautar a proteção a este direito constitucional é o princípio da neutralidade estatal, assim, “É dever do Estado acolher em seu

arcabouço jurídico-político valores filosóficos e religiosos minoritários como possibilidades de escolha individual, atenuando a dominação histórica de uma específica doutrina” (Pires, 2012, p. 55-57).

Logo, se mostra forçoso concluir que, por extensão, a liberdade de crença é protegida constitucionalmente, vez que inserida na liberdade de consciência.

Nesse contexto, insere-se a liberdade de expressão, prevista pelo art. 5º, inciso IV da Constituição Federal. Ela é de extrema relevância para a garantia do exercício da liberdade de crença, vez que viabiliza a externalização da vontade do sujeito, diante de suas convicções individuais e subjetivas.

Soma-se a isso o fato de o Brasil ser um país laico, assegurando, portanto, a proteção constitucional da liberdade de crença e consciência, ou seja, atribui-se ao país um caráter não confessional, em verdade, trata-se de um país pluriconfessional, admitindo a participação das religiões nas decisões políticas (Pires, 2012, p. 59).

Uma das formas de garantia da liberdade de crença é através do tratamento diferenciado por motivos religiosos. Dentro do contexto desta pesquisa, é pertinente trazer à baila o exemplo da objeção de consciência, já que esta é comumente aplicada na relação médico-paciente.

Assim, tem-se que a objeção de consciência é a liberalidade do sujeito de se abster de realizar um ato, considerando que este representa de forma contrária os mandamentos de sua própria consciência. Contudo, destaca-se a necessidade de distinção entre a objeção de consciência lícita, tutelada pelo Direito, e a objeção ilícita.

A objeção de consciência permitida pelo ordenamento jurídico é aquela na qual há a dispensa de um ato que, em tese, é imposto legalmente, devido a motivos religiosos, de ordem pessoal, que permitem excepcionar uma regra (Teraoka, 2010, p. 149).

Essa excepcionalidade não é exclusiva da liberdade de crença, estando incluída de forma geral no que diz respeito à liberdade de consciência, trazida anteriormente, vez que o inciso VIII do art. 5º da Constituição traz a expressão “crença religiosa ou convicção filosófica e política”.

Resta importante destacar que a objeção de consciência num Estado Democrático de Direito não deve ser a regra, vez que o tratamento diferenciado entre os sujeitos de direito é estabelecido como uma exceção, devendo imperar o princípio da legalidade (Teraoka, 2010, p. 149).

Outro ponto de atenção no que tange ao exercício da liberdade de crença diz respeito ao direito a tratamento médico diferenciado. Nestes casos, tem-se a recusa a um tratamento que visa a recuperação da saúde do paciente através do exercício da liberdade de crença/consciência.

Ressalte-se que o art. 15 do Código Civil determina que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”. Da leitura deste dispositivo, interpreta-se que todos podem se opor a qualquer tratamento médico ou intervencionista, ainda que esteja sob risco de morte, o que permite compreender pela possibilidade de recusa a tratamento médico por pessoa maior e capaz como legítima.

A sacralização da vida é um aspecto muito presente nas sociedades ocidentais, especialmente aquelas sob forte influência do cristianismo. Todavia, faz-se importante destacar que a sacralidade e seu conceito variam de pessoa para pessoa, a depender dos seus aportes subjetivos de concepção sobre a vida, além de influências culturais, religiosas, sociais e afins. “Entender a vida humana como algo sagrado, é entendê-la como algo intangível e inviolável, é aceita-la como uma dádiva impassível de manipulação” (Sá; Oliveira, 2017a, p. 9- 10).

O direito à vida e à saúde tem um histórico de proteção muito pautado em questões de religiosidade e moralidade, o que atribui a ambos um aspecto de indisponibilidade que transpassou a esfera social e foi implementada, também, na esfera jurídica. Todavia, com o passar do tempo reconheceu-se a possibilidade de disponibilidade relativa sobre estes direitos, a partir da concepção de que o indivíduo é o centro das relações jurídicas, não questões de ordem subjetiva, como a religião e a moral (Meirelles *et al*, 2022, p. 121).

Portanto, enquanto para uns a vida será o bem maior a ser protegido, para outros, a sacralidade do viver está imbuída em outros aspectos de ordem subjetiva que merecem igual respeito. A lógica, portanto, deve estar em “dessacralizar a vida” (Sá; Oliveira, 2017a, p. 10).

Logo, conclui-se que a sacralização da vida é mecanismo de controle e exercício do poder sobre o indivíduo, representando uma limitação da sua autonomia e liberdade, já que lhe retira o livre arbítrio. Portanto, a dessacralização acima mencionada se refere ao discurso limitante, não à convicção pessoal do sujeito, que é livre para crer no que assim entender por correto (Sá; Oliveira, 2017b, p. 447).

O corpo é sagrado, mas já se admite piercing, tatuagem. O corpo é sagrado, mas já se admite suicídio assistido e eutanásia. O corpo é sagrado, mas já se admite a gratuita disposição dos órgãos. O corpo é sagrado, mas já se admite o aborto. O corpo é sagrado ou sagrado é fazer o que quiser com o próprio corpo? (Sá; Oliveira, 2017b, p. 447).

Essa sacralização também se materializa em outros temas do dia a dia, a exemplo da doação de órgãos, que ainda tem por principal objeção para a sua realização, a ausência de

consentimento por questões meta físicas, simbolizando a sacralidade do corpo e de qualquer forma de vida humana (Marinho, 2011, p. 120).

Ressalte-se, aqui, a importância da obtenção de um consentimento livre e esclarecido do paciente, especialmente em casos como o em comento, para a garantia de idoneidade ao processo.

Diferente é o caso em que a recusa é feita pelo representante legal do paciente. Neste caso, não há manifestação expressa de vontade. Logo, a recusa do representante legal neste caso não pode ser considerada válida, pois a liberdade de crença, para prevalecer diante de um conflito com o direito à vida, deve ser absolutamente inequívoca e livre (Teraoka, 2010, p. 163).

Especialmente no que tange aos pacientes menores de idade, é preciso observar o disposto pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº8.069/1990). Nestes casos, tanto o ECA quanto a Constituição Federal reconhecem o direito à liberdade de crença de crianças e adolescentes. Sendo assim, os jovens maiores de 12 (doze) anos que sejam considerados capazes de compreender a situação em que se encontram, devem ter sua manifestação de vontade respeitada, ou seja, sempre que possível, a opinião do jovem deve ser considerada, ainda que em confronto com a vontade dos pais (Teraoka, 2010, p. 164).

A influência católica nas sociedades latinas, por exemplo, causa uma especial controvérsia no que tange aos temas de liberdade sexual e reprodutiva, por rechaçarem técnicas de concepção que fujam do considerado normal (Luna, 2012, p. 221).

Lo que deseo destacar es que debido a la presión del contexto y de un status quo conservador, la estipulación de pautas y reglas no se realiza de manera racional, con criterios o razones transparentes, claramente especificadas. Existe una sutil influencia de la religión en los límites que se presentan al acceso que no se hace explícita (Luna, 2012, p. 221).

Dentro da religião católica, em específico os adeptos à vertente apostólica romana, há uma vedação expressa quanto as formas artificiais de concepção, considerando que, para estes, o matrimônio tem especial status nas relações e deve ser preservado. Os representantes desta vertente da religião rechaçam qualquer tipo de técnica de reprodução humana assistida, inclusive as homólogas, “Una de las razones que ofrecen es la inseparable conexión entre el significado unitivo y procreativo del matrimonio. A los católicos practicantes no les está permitido dissociar estos dos sentidos.” (Luna, 2012, p. 221).

Importante se faz salientar que decisões de ordem individual e subjetiva podem ser tomadas com base em quesitos religiosos, pois não implicam no cerceamento de direitos de terceiros. Todavia, a crítica se faz à tomada de decisão pautada por uma limitação jurídica que tem por base um fundamento religioso, especialmente em países laicos, como é o caso do Brasil.

Dentro da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, tem-se a importância do respeito à autonomia das mulheres em optar pelo método contraceptivo que melhor coadune às suas convicções pessoais, inclusive as de ordem moral e religiosa.

Da mesma forma, o profissional da saúde que atenda estas pessoas tem a prerrogativa de fazê-lo sem violar seus ideais, com a ressalva de que, para estes, existe uma obrigação ético-profissional, em conjunto com o princípio da beneficência e do respeito à autonomia, de garantia da saúde dos pacientes que deve ser observada, pensando na viabilidade da recusa para estes casos.

3.2.2.2 Liberdade sobre o próprio corpo: Os limites constitucionais e legais à liberdade corporal

O exercício da liberdade através dos modos de viver é controlado pelo biopoder, que se expressa juridicamente através de uma regulação normativa de todas as etapas do desenvolvimento humano, ou seja, da constituição da personalidade, que distancia do sujeito o seu desenvolvimento pessoal como projeto de vida, para uma submissão a normas, sejam elas protetivas ou restritivas (Moraes; Castro, 2014, p. 781).

A partir dessa compreensão, tem-se a divisão em exercício positivo e negativo da liberdade. Tome-se de exemplo a liberdade sexual e reprodutiva, na qual há um direito de escolha entre a aplicação positiva da liberdade, seja através da sexualidade, na qual um sujeito pode escolher a forma, a pessoa e o momento de exercê-la, assim como optar por não o fazer, seja através da liberdade reprodutiva, em que há a liberdade de escolha entre constituir uma família, através das diversas formas disponíveis de concepção, ou não, através da utilização de métodos contraceptivos. Portanto, nota-se que não há correlação entre o exercício positivo da sexualidade com o exercício da liberdade reprodutiva (Souza, 2023, p. 83).

Portanto, no que pese a assunção de conjuntura entre os direitos sexuais e reprodutivos, estes não caminham de mãos dadas no que tange ao exercício da liberdade, vez que não há uma relação de necessariedade entre a liberdade sexual e reprodutiva da mesma forma (Souza, 2023, p. 83).

Assim, os direitos sexuais e reprodutivos se coadunam, em verdade, com o direito ao planejamento familiar, também considerado pela Constituição Federal como direito

fundamental (art. 226, §7^o), além de possuir seu próprio regramento legal, expresso pela Lei n. 9.263/1996 (Souza, 2023, p. 84).

Ou seja, o direito ao planejamento familiar respalda-se no exercício da liberdade através da autonomia existencial, portanto, na expressão dos direitos da personalidade protegidos pelo Código Civil e pela própria Constituição (Souza, 2023, p. 84).

Nesse contexto, a autonomia existencial se apresentaria a partir da possibilidade da mulher dispor ou não de seu próprio corpo, neste caso, para fins reprodutivos. Contudo, num contexto sociocultural, esta liberdade sempre foi compreendida como algo não permitido, seja pela intervenção estatal, através da imposição de limitações legais, seja pelo próprio tratamento recebido pelos profissionais de saúde.

Alguns exemplos desta limitação da autonomia são o aborto, a necessidade de consentimento do cônjuge para esterilização (que com o advento da Lei n. 14.443/2022 não se faz mais necessário, mas que demonstra como o Estado buscava intervir na liberdade de autonomia dos sujeitos) ou pelo controle das equipes médicas em hospitais quanto ao exercício da liberdade de escolha quanto ao parto, por exemplo. Todos estes exemplos mostram o processo de medicalização da procriação e da assimetria ainda existente na relação médico-paciente, que acaba por retirar destes a sua autonomia, por vezes através de um discurso paternalista de proteção, pautado, inclusive, na aplicação de princípios bioéticos, como o princípio da beneficência e não-maleficência.

Apesar dos avanços, o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente por mulheres, ainda encontra entraves sociais, econômicos e políticos, inclusive no que tange ao planejamento familiar, mesmo havendo legislação específica para tratamento do tema (Souza, 2023, p. 88).

Neste ponto, faz-se importante reconhecer que no Brasil não existe tratamento igualitário entre as mulheres no que tange às garantias de direitos fundamentais. Constata-se que as mulheres brasileiras brancas possuem melhor tratamento dentro dos sistemas de saúde, a exemplo da medicalização da dor, além de um maior reconhecimento de seus direitos sexuais e reprodutivos, como o respeito ao plano de parto, quando em comparação às mulheres pretas. Em contrapartida, as mulheres pretas são as que mais sofrem violências no âmbito da saúde reprodutiva (Souza, 2023, p. 88).

⁷ Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Souza (2023, p. 89) compreende que para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos é preciso, de antemão, a conquista da aceitação social da mulher, especialmente no que diz respeito ao direito sob o próprio corpo, afastando preconceitos e ações que se mostram como expressão da colonialidade, que costumam determinar as condicionantes da liberdade através do gênero, por exemplo (Souza, 2023, p. 89).

O Estado Democrático de Direito permite às pessoas viverem numa sociedade plural, onde cada indivíduo, através das suas concepções pessoais acerca da liberdade e exercício da autonomia, é capaz de determinar como deve viver. Isso se dá pelo fato de haver uma compreensão no que tange ao respeito a pessoa e à sua individualidade e ao fato de não haver uma base heterônoma de concepção de vida (Teixeira, 2018, p. 76-77).

Assim, faz-se importante concluir que apesar de não haver uma base objetiva e universal de definição da dignidade devido ao fato de cada indivíduo poder estabelecer para si o que o torna digno, é possível ter por denominador comum, a liberdade (Teixeira, 2018, p. 78).

A autonomia existencial diz respeito ao exercício da liberdade subjetiva na esfera jurídica extrapatrimonial. Assim, do ponto de vista constitucional, diz respeito à liberdade de escolha, de fazer tudo aquilo que não é proibido por lei (Moraes; Castro, 2014, p. 794-795).

A autonomia corporal, entendida como a capacidade de autodeterminação no que tange ao uso do próprio corpo, é espécie do gênero autonomia existencial, e está inserida na esfera da extrapatrimonialidade e da existencialidade. Contudo, esse é um gênero da autonomia existencial que não atinge terceiros e, portanto, se exprime na esfera individual de seu titular (Moraes; Castro, 2014, p. 796).

A partir da consagração da dignidade humana ao patrimônio jurídico, a tutela da autonomia corporal extrapola o âmbito do Direito Penal e é inserida na repaginação do Direito Civil (Moraes; Castro, 2014, p. 796).

A Constituição de 1988 foi a primeira a tutelar de forma positiva a dignidade humana, ou seja, através de propostas interventivas na esfera individual. Assim, através de um extenso rol de direitos fundamentais, a liberdade foi inserida como direito a ser garantido constitucionalmente, especialmente no que tange à autonomia pessoal, efetivada principalmente através da busca pela igualdade material (Teixeira, 2018, p. 82).

Uma das ferramentas de construção dessa igualdade foi a ponderação quanto a proteção da liberdade patrimonial em detrimento da liberdade existencial, dando maior amparo à pessoa concreta. Foi preciso, então, restringir o grau de liberdade patrimonial, a fim de resguardar e combater a desigualdade tão rechaçada pelo princípio da solidariedade (Teixeira, 2018, p. 82).

Portanto, para compreender o grau de alcance das discussões a respeito das situações jurídicas existenciais, é preciso se afastar da abordagem meramente protetiva do patrimônio, cerne de muitas discussões no Direito, para se aproximar dos debates Bioéticos e do Biodireito a respeito da proteção à vida, à saúde, ao corpo e à integridade como um todo (Meirelles *et al*, 2022, p, 122).

É com essa expansão da tutela sobre a autonomia corporal que o corpo passa a ser tutelado de maneira distinta, passando a ser protegido não somente da maculação por terceiros, mas também sobre investidas lesivas de seu titular (Moraes; Castro, 2014, p. 797).

O Código Civil apresenta um rol (não taxativo) dos direitos da personalidade, destacando-se o previsto pelo art. 13 do Códex, nos seguintes termos: “Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.” (grifos nossos)

Da leitura do referido dispositivo, depreende-se a postura paternalista adotada pelo Estado. Esse paternalismo pode ser classificado de duas formas, (i) o paternalismo fraco e o (ii) paternalismo forte. Enquanto o primeiro diz respeito à proteção quanto a um ato lesivo causado por uma conduta que é resultado da falta de escolha ou de conhecimento, como impedir alguém de ingerir uma substância que não sabe ser tóxica, o segundo se consubstancia em admitir a intervenção, ainda que a conduta a ser combatida seja voluntária e informada, a exemplo das campanhas de combate ao fumo e as leis que impõem a vacinação obrigatória (Moraes; Castro, 2014, p. 798. Beauchamp; Childress, 2012, p. 217).

Neste sentido, tem-se ações voltadas à proteção da esfera jurídica de terceiros, que acabam por também repercutir na esfera jurídica do sujeito objeto destas limitações (Moraes; Castro, 2014, p. 799).

Na esfera da modificação corporal, por exemplo, tem-se o que se chama atualmente de condição pós-humana, que nada mais é que a possibilidade de modificação ou substituição de partes do organismo humano por próteses biônicas, que objetivam reintegrar funções perdidas, grande exemplo é a substituição de partes saudáveis do corpo humano para melhoramento desportivo. As implicações éticas e jurídicas a respeito do tema ainda são alvo de debates e controvérsia. E assim, considerando a incipiência do tema, sugere-se a aplicação do princípio da precaução nestes casos (Moraes; Castro, 2014, p. 806-807).

Uma importante diferenciação no rol das liberdades é a da autonomia da vontade *versus* autonomia privada. A autonomia da vontade esteve muito ligada à autonomia patrimonial, sendo tutelada de forma negativa pelo Estado, que deixava a cargo dos indivíduos a tutela de suas próprias vidas e das relações contratuais assim estabelecidas. Isso se dava pelo

fato de o patrimônio ser o epicentro da hermenêutica jurídica, que pautava toda a sua tutela no amplo exercício da liberdade negocial (Teixeira, 2018, p. 83).

Meirelles *et al* (2022, p. 124) trazem duas categorias para a classificação da autonomia privada, quais sejam, a do plano horizontal, retratada na liberdade negocial, e a do plano vertical, que apresenta os limites ao exercício desta liberdade no âmbito dos negócios jurídicos.

Contudo, o pós-guerra trouxe à tona a necessidade de maior intervenção do Estado nas relações sociais, especialmente na economia. Assim, as relações privadas passaram a ser pautadas na função social, servindo de limitador das relações privadas, antes não controladas (Teixeira, 2018, p. 84).

Logo, com a eugenia e violação dos direitos da personalidade em voga, o direito voltou-se à tutela da pessoa, focando, assim, no surgimento dos direitos humanos, no âmbito internacional (Teixeira, 2018, p. 84).

Reconheceu-se, portanto, a necessidade de implementação de direitos capazes de garantir a tutela do ser humano que não fosse pautada nas consequências patrimoniais da relação, que servisse de mecanismo de efetivação dos direitos da personalidade, ao invés de sancionador de suas violações. Ou seja, surge então a tutela positiva dos direitos da pessoa (Teixeira, 2018, p. 85).

A partir desta constatação, faz-se necessário modificar a tutela da autonomia privada no direito, vez que o exercício da liberdade individual nas relações negociais patrimoniais não é o mesmo das demais relações jurídicas de exercício da autonomia, como a disposição do próprio corpo para doação de órgãos (Teixeira, 2018, p. 85).

Portanto, se está a falar de autonomia patrimonial, esta repousa nos ditames da livre iniciativa, enquanto a autonomia existencial terá por base a dignidade da pessoa humana e a liberdade (Teixeira, 2018, p. 86).

Assim, observa-se uma mudança no regime jurídico das relações sociais a partir da Constituição de 1988, havendo uma predominância da interpretação das normas jurídicas através da realização da pessoa humana e de sua personalidade, não mais de seu patrimônio, ou seja, “[...] o fator que mais releva é o ser e não o ter, fenômeno denominado de personalização do direito civil.” (Teixeira, 2018, p. 86-87).

Nesse sentido, mostra-se necessário apresentar como essas relações existenciais são tuteladas dentro do ordenamento jurídico. Para tanto, destaca-se o quanto previsto pelo artigo 104, do Código Civil.

Meirelles *et al* (2022, p. 125) vão dizer que a validade de um ato jurídico vai estar condicionada à constatação das manifestações de vulnerabilidade, ou seja, a constatação de

fatores de vulnerabilidades irá influir diretamente no tratamento e exame de validade de um negócio jurídico à medida que determina o nível e a capacidade de compreensão de um sujeito para realização daquele ato.

Portanto, para o exercício de qualquer negócio jurídico, seja ele de âmbito patrimonial ou extrapatrimonial, é necessário a observância da capacidade de fato das partes. Neste ponto, mostra-se importante ressaltar que para as relações existenciais, o que importa é a capacidade de discernimento do sujeito, pautada, inclusive, pelas disposições do Estatuto da Pessoa com Deficiência, que deve ser examinado caso a caso (Teixeira, 2018, p. 92).

Dentro do ordenamento jurídico brasileiro, a capacidade civil é dividida entre a capacidade de fato, expressa através da competência atribuída a um sujeito em realizar atos negociais da vida, como o exercício de direitos e o cumprimento de obrigações, sem a necessidade de intervenção de terceiros, enquanto a capacidade de direito se dirige a todas as pessoas, dando-lhes deveres e direitos perante a sociedade (Meirelles *et al*, 2022, p. 125).

Além disso, por exprimir um ato de vontade, é preciso que nas relações negociais que envolvem a autonomia existencial, o ato de vontade seja expresso pelo próprio titular do direito, especialmente por se tratar, na maioria dos casos, de atos referentes à personalidade do sujeito, podendo se relacionar com a sua disponibilidade (Teixeira, 2018, p. 93).

É por essa razão que a recusa a tratamento médico pelo representante de um paciente menor de idade, por exemplo, não deve ser de pronto acolhida sem examinar a capacidade de compreensão e manifestação da vontade deste paciente, devendo a conduta médica se pautar no seu melhor interesse.

Exemplo disso são as hipóteses que envolvem pesquisas com seres humanos, na qual a tomada de decisão autônoma deve ser priorizada e valorizada em todas as etapas possíveis do processo. Assim, tem-se que “A abrangência da sua decisão deve ser proporcional à sua capacidade de compreender e se expressar” (Teixeira, 2018, p. 93).

O segundo elemento presente no negócio jurídico é o objeto, que deve se relacionar com os direitos da personalidade. É ele que irá determinar se aquela relação jurídica envolve um direito patrimonial ou existencial, a exemplo da cessão gratuita de útero (Teixeira, 2018, p. 94).

Já o terceiro elemento ensejador do negócio jurídico é a forma de realização da relação entre as partes, não havendo necessariamente qualquer determinação específica. Contudo, quando o assunto envolve questões de saúde, por exemplo, o consentimento livre e esclarecido se apresenta como requisito essencial de validade para estas relações (Teixeira, 2018, p. 94).

3.2.2.3 Aportes conceituais sobre a autonomia privada

É importante destacar que a Constituição atual, no que pese reconheça o espaço da autonomia privada, também traz delimitações, com o fito de evitar a exploração dos mais fracos pelos mais fortes, criando, assim, o que se conhece por Estado Social (Lobo, 1999, p. 101).

Assim, o Estado Social, nas palavras de Paulo Luiz Netto Lobo (1999, p. 102) “é todo aquele que tem incluída na Constituição a regulação da ordem econômica e social”, ou seja, é a intervenção do Estado em esferas privadas, a fim de garantir a igualdade entre os sujeitos, evitando que relações de poder se legitimem a partir destas. Portanto, trata-se da regulação estatal limitando o exercício do poder econômico e protegendo o indivíduo em áreas como saúde, trabalho e educação, todas pertencentes aos mandamentos de direito civil (privado).

Portanto, é importante considerar que a conquista da liberdade do indivíduo surgiu primeiro a partir do Estado Liberal, mas a partir da constatação de que a desigualdade social era reforçada devido a esta “liberdade”, surge a fase de exploração da liberdade, que precisou ser devidamente codificada (Lobo, 1999, p. 100-101).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 proporcionou um marco no ordenamento jurídico brasileiro, uma vez que representa a transição do estado autoritário, proveniente do regime militar, para um Estado Democrático de Direito. Assim, passou-se a efetivação de um extenso rol de direitos e garantias aos sujeitos de direito que antes não havia, trazendo não só reflexos no âmbito público, mas também no Direito Privado (Reckziegel; Fabro, 2014, p. 175-176).

A Constituição, portanto, centralizou o ser humano nas suas disposições, pautando como princípio norteador das relações jurídicas, a dignidade da pessoa humana, preservando, assim, a igualdade entre os sujeitos, a liberdade e autonomia, garantindo que toda esfera jurídica, seja ela pública ou privada, buscasse a satisfação dos direitos e garantias da pessoa, em primazia ao patrimônio (Reckziegel; Fabro, 2014, p. 167).

O foco no ser humano trazido pela Constituição foi de suma importância para a despatrimonialização do indivíduo, vez que as relações jurídicas eram pautadas, *prima facie*, na proteção do patrimônio, não do sujeito em si. O desafio trazido junto à sua promulgação, portanto, está em considerar o ser humano em sua dimensão ontológica, entendendo o sujeito de direito como muito mais do que titular de bens (Lobo, 1999, p. 103).

Assim, a Constituição consagra a liberdade e a igualdade jurídica como parte dos direitos formais centrados na dignidade da pessoa humana, retirando seu caráter estritamente negocial, o que impõe o seu respeito por qualquer ordem jurídica (Lobo, 1999, p. 101).

“Ao que parece, considerando que a Constituição da República produz normas jurídicas, posto que dotada de juridicidade, seus efeitos se propagam ao restante do ordenamento jurídico do qual é o maior expoente” (Reckziegel; Fabro, 2014, p. 169).

A Constituição da República Federativa do Brasil, a partir de seus arts. 1º, IV, e 170, consagra a livre iniciativa, especialmente quando é prevista a liberdade contratual, além do que o já mencionado no art. 5º, II, do mesmo diploma legal, serve como um dos fundamentos constitucionais da autonomia da vontade no ordenamento jurídico brasileiro (Reckziegel; Fabro, 2014, p. 171-172).

Grande exemplo disso é a constituição do novo conceito de família trazido pela Carta Magna, que passou a se reportar a esta como sendo fruto da autonomia de vontade entre os sujeitos, como um “[...] grupo unido por desejos e laços afetivos, em comunhão de vida” (Lobo, 1999, p. 104).

Assim a família, em termos jurídicos, requer pouca tutela jurídica no que tange ao respeito pela sua forma de constituição, convivência e dissolução, passando a ser regida pelos princípios da dignidade da pessoa humana, da liberdade e da igualdade.

Portanto, a autonomia da vontade é preservada pelo Estado ao ser tutelada como um negócio jurídico privado, exercido pelo poder entre duas pessoas autônomas, através de certos preceitos legais básicos, que não representam interferência nesta relação. Ou seja, não cabe ao Estado criar obstáculos ao exercício da autonomia entre as partes, mas proporcionar ferramentas que permitam seu exercício, evitando, todavia, abusos e injustiças (Reckziegel; Fabro, 2014, p. 172-173).

Portanto, a autonomia privada constitui gênero ao qual a autonomia da vontade é espécie, na qual a segunda se constitui pela expressão da vontade interna do sujeito e sua liberdade de atuação, enquanto a autonomia privada, por sua vez, se relaciona à liberdade de contratação, ou seja, com a possibilidade de criação de normas internas para regular a relação jurídica negociada (Reckziegel; Fabro, 2014, p. 175).

Sendo assim, independente do gênero ao qual a autonomia esteja inserida, ela é basilar para a garantia das liberdades fundamentais no que se refere à disposição da pessoa humana, especialmente no que tange à sua inserção social e realização pessoal, bem como para a efetivação de negócios jurídicos, através de atos simples da vida civil que tenham por objetivo a preservação da dignidade humana. “A partir de seu âmbito de utilização, a autonomia de cada pessoa deve servir à satisfação de seus desejos e necessidades, desde que não afronte ao direito ou cause prejuízo a outras pessoas, considerando a existência, por igual, da autonomia das outras pessoas, também sujeitos de direitos” (Reckziegel; Fabro, 2014, p. 175).

4 A (IM)POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE DE ÚTERO ENTRE PESSOAS VIVAS NO BRASIL

A possibilidade de concepção de famílias no mundo tornou-se tão ampla que um simples questionamento como o de onde vem os bebês passou a ser tornar uma pergunta de difícil resposta. Note-se que a abrangência dos métodos contraceptivos permite a aproximação cada vez maior entre o que era considerado fictício e o que já é realidade (Silva Netto; Dantas; Lobo, 2021, p. 285).

As técnicas de reprodução humana assistida, além de revolucionar a forma de procriação para além do ato sexual, permitem que pessoas acometidas por infertilidade possam utilizá-la como alternativa terapêutica (Braz, 2008, p. 180).

Sociedades em desenvolvimento experimentam altos índices de infertilidade, e isso se dá ao fato de que a infertilidade adquirida possui números relevantes, muitas vezes em destaque se comparada à infertilidade congênita, em decorrência de inúmeros fatores, sejam eles ambientais ou de ordem política, como ausência de acesso a uma boa alimentação e a educação sexual.

Este é o caso, por exemplo, da infertilidade secundária, oriunda de complicações por aborto ou doenças sexualmente transmissíveis, que se diferencia da infertilidade secundária *stricto sensu*, decorrente de abortos espontâneos (Luna, 2012, p. 223).

A ausência de educação sexual tem relação direta com esses índices. No Brasil, por exemplo, o alto número de gestação indesejada na adolescência, bem como de esterilizações definitivas demonstram como a falta de políticas públicas preventivas desencadeiam questões de ordem sanitária graves dentre as mulheres (Luna, 2012, p. 223).

Note-se que em países desenvolvidos não há este mesmo índice de infertilidade secundária, o que evidencia a importância de um estudo de gênero de perspectiva interseccional e decolonial, já que esta constatação se dá pelas diferenças no que tange aos recursos em saúde e a não prevalência ao respeito e garantia da saúde reprodutiva (Luna, 2012, p. 224-225).

4.1 O PAPEL DO FEMININO SOB UM OLHAR PATRIARCAL: PROBLEMÁTICAS DA LIGAÇÃO ENTRE A MULHER E A NATUREZA

A reprodução esteve muito atrelada à natureza nas discussões sociais, a partir de um viés determinista que, com o avanço das tecnologias em medicina, tem sido constantemente

questionado, ainda mais no que tange às novas descobertas quanto aos limites do possível. O debate sobre o desejo de ter filhos avançou e, agora, discute-se novas demandas, como o direito a escolher como tê-los (Santos; Meirelles, 2024, p. 122).

Nos primórdios da civilização, a mulher sempre desempenhou papéis vitais na sociedade, eram cultuadas como deusas devido a sua capacidade de gerar semelhantes, capacidade esta que as fez serem relacionadas à natureza, no que diz respeito à sua função social, a função de procriar (Santos; Meirelles, 2024, p. 123).

Com o desenvolvimento das sociedades e sua maior comunicação entre comunidades, a mulher passou a ter papéis cada vez mais restritos socialmente, sendo reduzidas às funções domésticas e inferiorizadas devido ao seu gênero, sendo consideradas incapazes de cumprir funções que passaram a ser exclusivas para homens (Santos; Meirelles, 2024, p. 123).

Após a revolução industrial e com o surgimento das grandes guerras, as mulheres se viram novamente inseridas no mercado de trabalho, contudo, não desvinculadas de suas funções domésticas e, somado a isto, recebendo menos que os homens para exercer as mesmas funções, por consequência do patriarcado e do machismo, que passou a imperar nas sociedades, especialmente as ocidentais (Santos; Meirelles, 2024, p. 123).

Os estudos de gênero foram e são importantes para a conscientização quanto ao estigma social do papel do feminino e do masculino, especialmente no que diz respeito à desmistificação da vinculação do corpo feminino e a natureza (Diniz, 2009, p. 208).

O reconhecimento de que os papéis e as definições do masculino e do feminino eram resultados de escolhas e preferências sócio-culturais e não estritamente resoluções inabaláveis da natureza foi uma afirmação desconcertante para inúmeras áreas do conhecimento (Diniz, 2009, p. 208).

A imposição de padrões comportamentais na sociedade veio de um grupo específico, composto por homens, brancos, cisgênero e heterossexuais que estabeleceram formas de opressão de grupos que hoje são marginalizados, em especial as mulheres e pessoas homossexuais (Cunha, 2024).

A naturalização do papel da mulher como mãe é oriunda desta estereotipagem masculina (Cunha, 2024) e desperta uma pressão social que desenvolve naquelas que por alguma razão não são capazes de ter uma gestação, a sensação de inferioridade, forçando-as a recorrer a quaisquer métodos que as possibilite a realização desse imaginário social (Braz, 2008, p. 175).

Houve um processo de naturalização do papel feminino como de gestante, pautado numa concepção machista sobre a mulher, criada com o objetivo de reduzi-la à maternidade,

através de um imaginário de incompetência do homem para tais funções, especialmente por serem consideradas de menor valor (Cunha, 2024).

Foi a partir da desconstrução do papel do feminino e masculino vinculados à natureza que despertou a necessidade de inclusão nos estudos e pesquisas da perspectiva de gênero (Diniz, 2009, p. 208).

Importante, contudo, diferenciar a desigualdade, motivadora dos estudos sob perspectiva de gênero e de tantas outras subdivisões em pesquisa, da diferença, que é inerente às individualidades do ser humano e deve ser preservada (Diniz; Guilhem, 2009, p. 2).

Muitos discursos sexistas tentam deslegitimar os estudos em bioética feminista a partir da confusão de tais conceitos, na busca por “[...] silenciar os padrões de desigualdade e opressão que imperam nas sociedades: é confundir vulnerabilidade, opressão e desigualdade com diferença.” (Diniz; Guilhem, 2009, p. 2).

No âmbito da saúde, os estudos de gênero foram essenciais para compreender as particularidades de diversas áreas de atuação, trazendo muitas contribuições, especialmente no que tange à garantia de direitos sexuais e reprodutivos, à sexualidade e ao corpo. “As perspectivas de gênero alteram a percepção sociológica para o julgamento moral” (Diniz, 2009, p. 208).

As tecnologias de reprodução humana assistida são exemplos de como o avanço na medicina proporciona rediscussões acerca do papel “natural” da mulher. Muito se associa as técnicas de RHA ao incremento de uma competência natural destas pessoas (Schramm, 2008, p. 57).

Ao tratar da proteção da autonomia das mulheres faz-se importante manter um olhar crítico sobre a subjetividade destas, já que não raramente vê-se a coerção disfarçada de autonomia nas relações de saúde. Portanto, tem-se a necessidade de aplicação da perspectiva política do conceito de vulnerabilidade como demarcador das relações em saúde e do cuidado na preservação dos direitos fundamentais dos sujeitos vulneráveis (Diniz; Guilhem, 2009, p. 1).

O consentimento das mulheres (na concepção social da palavra) quanto ao uso das tecnologias reprodutivas é grande exemplo disso, especialmente quando considerado que esta autonomia é exercida sob o ideal social do papel feminino e de sua função maternal (Diniz; Guilhem, 2009, p. 1).

Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil são direitos humanos que na Constituição da República de 1988 são tratados como direitos fundamentais. Seu fundamento está inscrito no direito ao livre planejamento familiar, também um direito fundamental e regulamentado pela Lei n. 9.263/1996.

Objetificar o corpo capaz de gestar, reduzindo-o ao seu caráter biológico/procriador gera impactos consideráveis à saúde mental e sexual destas pessoas, principalmente no que tange àquelas que, por questões diversas, não são capazes de gestar, e se veem excluídas do padrão esperado socialmente.

A relação criada sobre o papel “natural” da mulher se perpetua como um discurso histórico-cultural criado para servir de ferramenta de opressão e poder numa perspectiva de gênero, vinculando esta, em específico, à maternidade, inferiorizando e retirando desta, a capacidade de autonomia existencial, de liberdade e de autonomia e representação social, o que a invisibiliza (Santos; Meirelles, 2024, p. 124-125).

Com isto, surge um movimento pautado na (re)conquista dos direitos da mulher na sociedade, reconhecendo que esta foi vítima de um discurso machista e patriarcal, lutando, assim, por igualdade de direitos e representação, que é o movimento feminista. Todavia, este movimento passou e passa por diversas fases, comumente chamada de “ondas do feminismo”.

A primeira delas foi a onda do feminismo branco, que possui características universalizantes, hegemônicas e coloniais. Nesta fase, a principal conquista do movimento foi o sufrágio universal, uma vez que às mulheres não era possível o exercício do voto, vez que estas, numa perspectiva colonial de poder, eram tidas como inferiores e subalternas. Outra pauta em voga era a garantia do direito à educação, vez que este é o maior emancipador da pessoa, dando-lhe as ferramentas para construção do conhecimento e do pensamento crítico (Souza, 2023, p. 86).

Ainda neste período, que se deu por volta da década de 60 (sessenta) nos Estados Unidos, outras pautas foram igualmente suscitadas, tais como a garantia de direitos trabalhistas, sexuais e reprodutivos, incluindo o acesso à métodos contraceptivos e ao aborto (Souza, 2023, p. 86).

Contudo, foi apenas na década de noventa, a partir do que se reconhece como terceira onda, que o movimento feminista passou a reconhecer a hegemonia branca em seu discurso e a construção do que se entende pelos direitos das mulheres. Assim, passa-se a questionar se de fato todas as mulheres estavam se beneficiando das conquistas feministas ou se o movimento ainda não contemplava todas as camadas de vulnerabilidade que ser mulher envolve. Ou seja, se reconheceu que os direitos que estavam sendo conquistados pelas mulheres se alcançavam aquelas que, dentro de um contexto de colonialidade do poder, de alguma forma se assemelhavam com os seus opressores, portanto, mulheres brancas, cis, heterossexuais, de classe média alta e casadas (Souza, 2023, p. 87).

Já no Brasil, mesmo depois de passados dez anos da segunda onda feminista norte americana, ainda não se discutia pautas como direitos sexuais e reprodutivos, tampouco o direito ao planejamento familiar. Foi somente a partir da década de oitenta que o movimento feminista brasileiro se propôs a debater temas como aborto e sexualidade, em prol da democracia, considerando o contexto de ditadura militar vivenciado no país (Souza, 2023, p. 87).

O próprio avanço nas tecnologias em reprodução assistida força discussões sobre liberdade sexual e planejamento familiar, representando a possibilidade de melhora da condição humana, mas também do efetivo direito de escolha (Santos; Meirelles, 2024, p. 126).

É preciso reconhecer que na comunidade Latina como um todo e nos países em desenvolvimento em geral, ainda há muito que se alcançar no que tange à efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente no que diz respeito à contracepção e seu acesso igualitário/equitativo, sendo necessária uma perspectiva interseccional das questões emergentes (Rahola; Reisen, Puigpelat, 2012, p. 143-144).

As mulheres em geral são vítimas de práticas discriminatórias em saúde (e em outros setores da economia social), mas é necessário reconhecer que esta discriminação é sofrida em níveis distintos de acordo com as adequações aos padrões sociais correspondidos por estas.

Assim, cumpre ressaltar que o conceito de inteseccionalidade foi desenvolvido por uma pesquisadora feminista chamada Kimberlé Crenshaw (1993), na tentativa de demonstrar que as experiências vividas por mulheres negras não são contempladas dentro das abordagens tradicionais de gênero e raça quando discutidas em separado, especialmente considerando que ambos os aspectos afetam indissociavelmente a vida destas mulheres, devendo, assim, ser interpretados de maneira conjunta.

“[...] a interseccionalidade estimula o pensamento complexo, a criatividade e evita a produção de novos essencialismos” (Akotirene, 2018, p. 40), representando a melhor forma de abordagem de temas que possuem mais de um viés de vulneração dos sujeitos.

Portanto, assumir uma perspectiva interseccional é entender que diversos fatores de vulnerabilidade e violência, quando conjuntamente aplicados, oferecem experiências específicas e, portanto, devem passar por uma análise que se preocupa com a especificidade da violência sofrida por determinado sujeito que são distintas, quando isoladamente consideradas (Prates, 2023, p. 71).

O estudo com perspectiva de gênero é importante para a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e, portanto, importante vetor de pesquisa a ser abordado.

Pensando na sociedade brasileira, ainda há muito que ser combatido para que seja possível um avanço efetivo nas discussões sobre liberdade sexual e reprodutiva.

No âmbito legislativo, por exemplo, tem-se um ambiente predominantemente masculino e sexista, que não permite a discussão acerca da proteção das mulheres, já que são temas de pouco interesse desta parcela. “Em uma legislação que é feita majoritariamente por homens as dores, anseios e expectativas femininas ou são ignoradas ou são imaginadas segundo a perspectiva masculina, gerando um enorme distanciamento entre o que é realmente necessário e o que se garante” (Cunha, 2024).

É preciso movimentar todos os setores da sociedade para que mudanças efetivas ocorram. Como é possível garantir a efetivação dos direitos e garantias da dignidade das mulheres a partir de um parlamento majoritariamente composto por homens? A falta de representatividade feminina nestes ambientes é um reflexo da subjugação da mulher na sociedade.

4.2 QUESTÕES MÉDICAS DO TRANSPLANTE DE ÚTERO

A infertilidade, antes vista sob um viés naturalista, concebida como algo irreversível e como consequência de uma vontade divina, hoje é tida como um problema de saúde e, como tal, tem sido encarada como um fator a ser revertido, não mais simplesmente aceito (Braz, 2008, p. 170).

Contudo, estando inserido num contexto de pobreza e desenvolvimento, o Brasil não encara o fator da infertilidade com a devida credibilidade, passando assim a torná-lo uma questão de ordem moral, mais que de saúde, em busca de uma equidade no acesso aos cuidados de prevenção e tratamento (Braz, 2008, p. 170).

Inúmeros são os fatores que podem ensejar infertilidade, não somente questões congênitas ou adquiridas, como nos casos de complicações com aborto ou infecções e doenças não tratadas, mas também em fatores socioambientais, como deficiência alimentar. Portanto, a vida em condição de pobreza pode se tornar elemento de importante relevância para os dados em saúde reprodutiva (Braz, 2008, p. 170-171).

Destaca-se, contudo, que a infertilidade deve ser reconhecida como um problema médico, mas sem ignorar as questões socioeconômicas que interferem de igual modo para sua ocorrência e podem ser prevenidas, tais como a falta de educação sexual, que ajuda a prevenir doenças sexualmente transmissíveis, poluição, condição de trabalho insalubre, dentre outros (Braz, 2008, p. 171).

Marcadores interseccionais também devem ser reconhecidos para discussão acerca da infertilidade, especialmente feminina, vez que mulheres negras têm menos acesso à métodos contraceptivos e acabam por optar pela esterilização definitiva como método de planejamento familiar (Braz, 2008, p. 172).

A infertilidade uterina absoluta é uma patologia que, apesar de rara, acomete uma parcela significativa de mulheres pelo mundo e que não possui tratamento, representando, portanto, a impossibilidade de gerar filhos.

Na Espanha, por exemplo, estima-se que cerca de três mil mulheres sofrem de infertilidade uterina absoluta, seja por alguma questão congênita, pela retirada dos órgãos como solução terapêutica ou pela sua disfuncionalidade. Contudo, não há tratamento disponível para tratar este tipo de infertilidade capaz de restaurar a função reprodutiva do órgão. Assim, pessoas acometidas com a infertilidade absoluta do útero não são capazes de gerar vidas por si próprias (Robles, 2021, p. 217).

O avanço das técnicas de transplantação tornou possível, além de diminuir os riscos de rejeição do órgão, tornar o procedimento mais seguro. Com isso, o transplante de órgãos deixou de ser restrito a órgãos vitais ou quase vitais e tem possibilitado a transplantação daqueles que costumam ser chamados de não *life saving*, como é o caso do transplante de útero, órgão que, apesar de não interferir diretamente na manutenção da vida do ser humano, dá qualidade a ela (Carvalho, 2015/2016, p. 10).

Nesse contexto, o transplante de útero surgiu como uma possibilidade terapêutica considerada aceitável para parte da comunidade médica, já que eliminaram os fatores considerados negativos de uma gestação por substituição, por exemplo. Contudo, tal alternativa não é isenta de dúvidas quanto a sua eticidade, viabilidade jurídica, sanitária e social (Robles, 2021, p. 217).

Esta técnica possui um caráter moral dúplice, a partir da compreensão de que permite às mulheres a possibilidade de tentar uma gestação própria, mas também dá àquelas que não desejam gestar, a possibilidade de o fazê-lo ao mesmo tempo que contribui para a realização do sonho de outra.

Maternar tem sido algo imposto socialmente à mulher, ainda que a legislação civil sugira um compartilhamento do exercício parental, atrelado a inúmeros outros fatores que se entrelaçam e comunicam com o patriarcado, que deu à figura masculina a volatividade, ainda que de forma irresponsável, a respeito da paternidade.

Note-se que “Na prática é concebido ao homem a escolha se vai ou não ser pai, ao menos em um primeiro momento, pois ele decide se reconhecerá ou não o filho nascido” (Cunha, 2024).

A necessidade de gerar um filho, apesar de não ser um fator que expõe a vida a risco, diz respeito a vontades intrínsecas e subjetivas da mulher e deve ser considerada como importante fator de manutenção de sua dignidade, já que aquelas que possuem esse desejo, mas por questões de infertilidade, não conseguem alcançá-lo, tem a plenitude de seu bem-estar e saúde afetados (Amorim; Barreto Junior, 2019, p. 50).

Pouco se sabe sobre a imunogenicidade uterina e há poucos dados sobre a resposta imunológica a tecido uterino transplantado. Acredita-se que o útero seja um órgão imunoprivilegiado em relação à rápida resposta imune exercida pelo organismo. As experiências do transplante uterino alogênico mostraram padrões de rejeição semelhantes aos observados em outros transplantes de órgãos sólidos (Xavier; Cordeiro; Souza, 2021, p.1).

A infertilidade absoluta de fator uterino é considerada rara, pois afeta 1 a cada 500 mulheres em idade reprodutiva (Xavier; Cordeiro; Souza, 2021, p. 4). Mesmo sendo rara, trata-se de uma condição que afeta a qualidade de vida destas pessoas e que, portanto, merece melhor investigação da comunidade científica, a fim de possibilitar soluções palpáveis de bem-estar.

Para compreender melhor do que se trata esta má-formação uterina, cabe tratar aqui das três etapas de desenvolvimento do aparelho genital feminino: “desenvolvimento dos canais de MULLER, fusão da parte inferior dos canais (originando o útero, colo uterino e parte superior da vagina) e reabsorção do septo central” (Xavier; Cordeiro; Souza, 2021, p. 5). Logo, qualquer alteração em uma destas etapas pode acarretar uma malformação uterina.

Esta é a malformação conhecida como congênita, já que se origina antes do nascimento, seja por fatores genéticos, ambientais ou desconhecidos (OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde).

Portanto, existem alguns requisitos necessários para que uma receptora esteja apta a um transplante de útero, quais sejam: “cariótipo XX, capacidade de fornecer seus próprios ovócitos e embriões, de criar filhos- além de ter razões válidas para a procura do tratamento (O’Donavan *et al*, 2019)” (Campos *et al*, 2020, p. 2).

Esse procedimento será composto por no mínimo três cirurgias: uma para o transplante em si, seguida de uma cesariana para retirada do feto e, por último, uma histerectomia caso a receptora não queira ter um segundo filho gerado no órgão transplantado, visto que a mulher não pode permanecer com o órgão por mais de duas gestações. Isso se deve a extensa imunoterapia, que visa a imunossupressão, que a receptora deverá ser submetida para que o órgão não seja rejeitado (Paiva *et al*, 2021, p. 37793).

No que se refere ao transplante de útero, é importante fazer uma diferenciação, existem aqueles transplantes que tem como função restaurar a funcionalidade de algum órgão ou membro (como se vê com transplante de face, pele e até mesmo de mão) e que buscam, portanto, melhorar a qualidade de vida.

No que tange ao útero, não está a se falar de restauração de sua funcionalidade, vez que este, por alguma das razões já aqui citadas, não é capaz de manter uma gestação completa e saudável. Neste caso, está-se a falar de um transplante que almeja possibilitar uma gestação. Lembrando que se trata apenas de uma possibilidade, pois não há como garantir que após o transplante, a receptora será capaz de gerar um filho (Amorim; Barreto Junior, 2019, p. 49).

Para ser possível considerar a eficiência de um transplante de útero, não basta observar se houve rejeição do órgão nos 18 (dezoito) meses seguintes ao procedimento cirúrgico, é preciso avaliar se o órgão é capaz de manter um processo gestacional completo de forma saudável (Xavier; Cordeiro; Souza, 2021, p. 6).

Mesmo sendo ainda um procedimento experimental, os resultados têm sido bem satisfatórios. “Até o momento 16 bebês nasceram de úteros transplantados” (Amorim; Barreto Junior, 2019, p. 49).

Todavia, justamente por se tratar de uma técnica experimental, nota-se que a ausência de um padrão técnico afeta não somente o bom prognóstico do transplante como também a definição do que seria considerado uma boa taxa de sucesso da cirurgia (Campos *et al*, 2020 p. 6).

Até meados da década de sessenta, as mulheres eram excluídas das pesquisas clínicas, sob a justificativa de estarem sujeitas a efeitos teratogênicos dos experimentos. Todavia, tal justificativa não se mostrava suficiente para a predileção de homens nestes ensaios, vez que estes estão igualmente sujeitos a este efeito. A perspectiva de gênero tão pouco era pensada para estas pesquisas, ignorando o benefício que a participação das mulheres podia gerar para o avanço da medicina a este grupo inclusive no que diz respeito às repercussões psíquicas e sociais (Palácios; Rego; Schramm, 2008, p. 160-161).

Essa concepção vem se modificando com o passar das décadas e, assim, criou-se Resoluções específicas para certas demandas, tais como a reprodução humana, que foi regulada pela Resolução nº303, de 2000. Nela, tinha-se a necessidade de avaliação dos projetos de pesquisa que tivessem por objeto a reprodução assistida, anticoncepção, medicina fetal e manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto não somente pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), como também pelo CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa),

garantindo uma maior fiscalização e proteção dos sujeitos de pesquisa nestas hipóteses (Palácios; Rego; Schramm, 2008, p. 162).

Apesar da intenção da referida Resolução ser a fiscalização e proteção dos sujeitos de pesquisa envolvidos nos temas citados, não se descarta a necessidade de melhorias e maiores garantias ao tema (Palácios; Rego; Schramm, 2008, p. 163).⁸

Não se sabe ao certo qual seria o número de captações necessárias para considerar a cirurgia de transplante de útero segura, até porque esta aferição depende de uma série de variantes, tanto técnicas como não técnicas. Por ser uma técnica inovadora, os aprendizados com o transplante de útero são mais lentos do que se espera de um procedimento já consolidado na comunidade médica (Villegas, 2021, p. 74).

Importa compreender que a depender do tipo de doadora, há diferenças no regime jurídico, uma vez que, ao se tratar de doadora viva, há consequências também em sua saúde, especialmente física, além de questões no que tange ao consentimento e autonomia da decisão que devem ser cuidadosamente consideradas.

A propósito, o primeiro transplante de útero ocorrido na Espanha, em 2020, foi realizado com doadora viva. Nesta oportunidade, o transplante ocorreu entre duas irmãs, na qual a receptora era portadora da Síndrome de Mayer-Rokitansky, que compreende a uma condição congênita uterina que a impede de levar a cabo uma gestação, enquanto a doadora era pessoa em idade fértil, que já tinha passado por uma gestação própria e renunciou a possibilidade de ter gestações futuras em benefício de sua irmã (Robles, 2021, p. 218).

No ordenamento jurídico Espanhol, os princípios que regem questões como utilização de órgãos e partes do corpo humano são o da voluntariedade, altruísmo, confidencialidade e gratuidade (que implica automaticamente em ausência de caráter oneroso da prática), ou seja, princípios que se assemelham aos aplicáveis ao transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano na legislação brasileira. Tais princípios também coincidem com os mandamentos da bioética principialista, como bem observa Robles (2021, p. 218). Além de contemplarem o ordenamento jurídico da Espanha, garantindo uma ponderação entre os distintos bens jurídicos envolvidos para ambas as partes, doadora e receptora, assim como os valores constitucionais em voga, quais sejam, a vida, a integridade física e moral, o direito a imagem, a proteção da saúde, a igualdade e à não discriminação.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a realizar o transplante de útero entre pessoas vivas de forma bem sucedida. O referido transplante ocorreu no Hospital das Clínicas

⁸ Frisa-se, contudo, que a referida resolução foi revogada pela Resolução de nº466/12, e está sendo mencionada neste trabalho apenas a título informativo.

da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo, entre duas irmãs, na qual a receptora havia nascido sem o órgão devido a condições congênitas (a síndrome de Rokitansky). A referida cirurgia ocorreu em parceria com a equipe sueca, coordenada por Mats Brannstrom, precursor mundial deste tipo de transplante, responsável pelo primeiro nascimento ocorrido através desta técnica, em 2014 (Saldanha, 2024).

Neste caso, a receptora do útero deverá se submeter a um processo de fertilização *in vitro* (FIV) dentro de seis meses para, assim, ser possível confirmar a possibilidade de uma gestação completa. Contudo, o transplante em si já se mostrou de sucesso, vez que a receptora logo apresentou seu primeiro ciclo menstrual (Saldanha, 2024).

Ainda em 2017, este mesmo hospital realizou um transplante de útero a partir de uma doadora falecida, que resultou numa gestação completa de sucesso e no nascimento de um bebê saudável (USP, 2024).

O ponto de vista da doadora viva deve ser igualmente contemplado e ponderado, vez que esta renuncia a um órgão único e, logicamente, da capacidade biológica intrínseca a ele, gerando em si própria uma infertilidade absoluta irreversível. É, portanto, uma troca, por assim dizer, entre pessoas que possuem objetivos distintos, enquanto uma possui o desejo de gestar e por condições biológicas não consegue, a outra abre mão desta capacidade em favor de outrem (Robles, 2021, p. 218).

Contudo, pondera-se que, em comparação a uma gestação por substituição, as consequências para ambas as partes seriam reduzidas, considerando que a doadora do útero se submete a uma cirurgia de cerca de 10 horas, enquanto a cedente deste mesmo órgão passa nove meses gerando uma criança, o que reduziria perdas econômicas, trabalhistas e sanitárias, além de minimizar questões de ordem familiar, a exemplo de brigas judiciais quanto à guarda destas crianças (Robles, 2021, p. 219).

Não se deve ignorar, e talvez este seja o principal ponto de atenção a ser tratar do transplante de útero, a necessidade de garantia da capacidade de compreensão e autodeterminação da doadora para obtenção de seu consentimento, para que esta compreenda as consequências irreversíveis do ato e que se pondere os interesses das partes envolvidas (Robles, 2021, p. 219).

Neste sentido, é importante destacar que o consentimento deve ser colhido de forma completa, não bastando apenas a exposição simples e objetiva dos riscos e eventuais efeitos adversos da aceitação do procedimento. Na relação médico-paciente é necessário que a exposição acerca das consequências de determinada intervenção seja apresentada de forma inequívoca, esclarecendo completamente as questões que envolvem o diagnóstico, tratamento,

efeitos e expectativas envolvidas. As condições de vulnerabilidade que envolvem a paciente devem ser observadas quando da colheita de seu consentimento (Meirelles *et al*, 2022, p. 126).

Considerando que o mundo não se encontra no mesmo patamar de igualdade no que se refere a aspectos como reprodução, parentalidade, custos de saúde e avanços médicos, é natural que a evolução do transplante de útero não vá ser igualitária. Algumas comunidades terão um acesso facilitado a essa técnica, enquanto outras podem nunca vir a tê-la (Carvalho, 2015/2016 p. 24).

“[...] Viver vai além das funções biológicas primárias[...]”, viver em plenitude significa viver em busca da felicidade, da realização de desejos, do alcance de objetivos. Logo, qualquer possibilidade de tornar tais anseios mais reais, mais próximos, deve ser explorada, a fim de garantir a plenitude da existência humana. Assim, as possibilidades terapêuticas que permitam essa busca vão estar permeadas pelos três princípios constitucionais: o direito à vida, à dignidade humana e à saúde (Amorim; Barreto Junior, 2019, p. 51).

Sendo assim, inúmeros são os fatores que devem ser considerados na escolha pelo transplante. Se por um lado há o desejo subjetivo de matinar e gerar um filho, por outro estão os riscos de um procedimento experimental e sem garantias. Portanto, para além do fato de não se tratar de um órgão vital, o transplante de útero, por si só, como procedimento cirúrgico, traz riscos que devem ser considerados no momento da escolha (Paiva *et al*; 2021, p. 37.793).

No que pese as taxas de sucesso do transplante, nem todas as cirurgias tiveram resultados bem sucedidos. Nos casos em que o objetivo final do transplante não ocorreu, ou seja, a receptora não conseguiu dar a cabo uma gestação completa, o útero precisou ser removido por histerectomia, por diversas razões, dentre as quais cabe citar a necrose do órgão, trombose das artérias uterinas e severa infecção intrauterina. Além disso, o protocolo atual recomenda a retirada do órgão após duas gestações para evitar uma imunossupressão por longo período e eventuais complicações, apesar de ser uma decisão da paciente (Silva; Carvalho, 2016, p. 476-477).

A cirurgia de transplantação do útero tem duração média de 5 a 6 horas e a depender do tipo de doadora, se viva ou falecida, é preciso uma série de incisões para realização de anastomoses vasculares em seu corpo. O procedimento possui várias semelhanças com o transplante de rim, contudo, o método utilizado para a anastomose no transplante de útero é bilateral e os vasos de enxerto possuem um diâmetro muito menor. Para a receptora do órgão, os riscos são semelhantes à dissecação pélvica e anastomose nos casos de transplante renal (Olausson *et al*, 2014, p. 41).

O que se tem percebido é que a principal razão para falha no transplante tem sido em relação à resposta imune direcionada aos antígenos HLA (antígeno leucocitário humano). Esse é um risco que se estende a outros transplantes mais comuns, como o de coração, pulmão e tecido composto (Xavier; Cordeiro; Souza, 2021, p. 7).

Apesar de ainda não haver demonstração de como os mecanismos envolvidos na resposta imunológica se desenvolvem, entende-se ser muito provável que ela se dê de forma semelhante ao que ocorre em outros tipos de transplante, como o renal (Xavier; Cordeiro; Souza, 2021, p. 9).

Além dos efeitos dos imunossuppressores, existem outros possíveis riscos, como alterações no fluxo sanguíneo e linfático, denervação ou alterações da fixação do órgão que são riscos relacionados com o próprio procedimento cirúrgico, não guardam relação específica com o órgão transplantado (Carvalho, 2015/2016, p. 18).

A principal controvérsia deste transplante está no fato de seu intuito propagador da vida, não salvador desta, como se determina pela legislação vigente. Este é um transplante efêmero, no qual o órgão é removido após o parto (Olausson *et al*, 2014, p. 40).

Considerando os aspectos positivos, tem-se a coincidência entre a pessoa gestante e a mãe biológica da criança, o que elimina possíveis questionamentos quanto à filiação do bebê. Questões médicas também se mostram como foco de atenção neste caso, como maiores probabilidades de baixo peso ao nascer, maior risco de prematuridade derivados do tratamento imunossupressor ao qual a gestante se submete para evitar a rejeição do órgão e necessidade de parto via cesárea. Tais riscos, todavia, não se mostraram maiores se em comparação a gestações ocorridas em pessoas que passaram por algum outro tipo de transplante, a diferença está em sua motivação, já que não envolve a busca pela sobrevivência da receptora, mas sim uma satisfação biopsicossocial, que gera dúvidas quanto à necessidade de submissão de riscos ao feto diante dos possíveis efeitos adversos de uma gestação ocorrida em conjunto com a aplicação de tais medicamentos (Robles, 2021, p. 219).

Para a doadora do órgão, o maior risco tem relação com o procedimento de histerectomia, que é na atualidade a cirurgia de maior complexidade comumente realizada em mulheres do ocidente global (Olausson *et al*, 2014, p. 42).

Alguns ensaios clínicos têm se preocupado em reduzir o tempo cirúrgico de remoção do órgão da doadora (o que diminuiria os riscos por exposição) através do uso de angiografia 3D, o que possibilitaria o desenvolvimento de um plano de procedimento mais detalhado antes da cirurgia, além de incorporar o uso de laparoscopia robótica, “[...] que facilitaria a dissecação dos vasos sanguíneos pélvicos.” (Carvalho, 2015/2016, p. 25).

Um avanço nas técnicas cirúrgicas que pode diminuir seus riscos foi o noticiado pela Revista Crescer, em abril de 2019, ao noticiar o nascimento do primeiro bebê de útero transplantado na Suécia através de procedimento robótico, sendo uma técnica menos invasiva para a receptora e que, conseqüentemente, traz menos riscos ao procedimento (Amorim; Barreto Junior, 2019, p. 48).

Assim, tem-se que o transplante de útero mostra-se como uma inovação cirúrgica capaz de permitir que mulheres inférteis gerem seus próprios filhos, na realização de um desejo que antes parecia intangível. Contudo, é preciso ponderar a viabilidade e justificabilidade da prática, considerando os riscos inerentes a ela.

A liberdade sobre o próprio corpo e a autonomia da mulher deve ser considerada, especialmente no que diz respeito ao seu direito de gestar, vez que a legislação atual não é clara quanto aos demais métodos de constituição de família, a exemplo da inseminação artificial e da gestação por substituição, o que demonstra a necessidade de maior debate a respeito destas novas técnicas e dos seus possíveis impactos nas relações sociais.

4.2.1 Alternativas ao transplante: da preservação do bem-estar físico da doadora

A expansão das possibilidades reprodutivas põe em perspectiva o conceito de natural pela ciência. A busca pela liberdade dos sujeitos através da sua autodeterminação permite questionar o que antes era considerado como “natural” e destinado à mulher, para que passe a ser algo fruto do seu exercício de autonomia e liberdade sexual e reprodutiva (Santos; Meirelles, 2024, p. 129).

A preocupação com a instrumentalização da vida humana é um fator de destaque no debate sobre as técnicas de reprodução humana, pois “[...] qualquer forma de objetificação da vida humana é eticamente errado” (Sá; Oliveira, 2017. P. 10).

Nesse sentido, é de extrema importância o cuidado com a abordagem das novas tecnologias em ciências humanas, sempre destacando a importância da manutenção da dignidade em detrimento da utilização de tais inovações científicas. Neste sentido, tem-se o imperativo Kantiano a respeito do reconhecimento das pessoas e de sua dignidade como fim e não meio para o atingimento de quaisquer objetivos (Sá; Oliveira, 2017, p. 11).

Meirelles *et al* (2022, p. 121) pontuam que o ideal Kantiano reflete a necessidade de entender a autonomia do sujeito como indicador de sua moralidade, ou seja, o sentido da existência estaria revelado na permissão de ações autônomas, reveladoras da moral dos sujeitos.

Dessa forma é possível respeitar e garantir a dignidade da pessoa humana através do respeito à sua autonomia.

Pontua-se também que o referido imperativo revela uma noção universalista da autonomia, não sendo capaz, de forma exclusiva, de abranger as complexas dimensões do multiculturalismo, das individualidades e das diversas situações existenciais que podem influir na tomada de decisão (Meirelles *et al*, 2022, p. 122).

Nesse sentido, diante das inúmeras evoluções nas ciências médicas, conclui-se que o elemento volitivo deve estar à frente do elemento biológico nas relações jurídicas que envolvem direitos sexuais e reprodutivos (Lamm, p. 49).

De esta manera, y sin perjuicio de todo lo dicho, que importan nuevas concepciones que conllevan a un avance en la desmitificación de la importancia de lo biológico, también se deben tener en cuenta los nuevos referenciales que se presentan como consecuencia del uso de las TRA, y en virtud de los cuales ya no se puede buscar en la realidad biológica la identificación de los vínculos familiares (Lamm, p. 49).

Em substituição ao transplante de útero, tem-se alternativas para a constituição de famílias que representam menos riscos à saúde da doadora, como a gestação por substituição e a gestação ectogênica, que serão abordadas a seguir.

4.2.2.1 Gestação por substituição

Dentro do contexto dos temas em reprodução, a gestação por substituição tem sido dos mais controversos. Em seus primórdios, era uma prática caseira que, nos últimos anos, tem evoluído para a prática clínica e ganhando protagonismo nos avanços das tecnologias médicas.

Para compreender as discussões acerca da gestação por substituição, é preciso voltar ao século XX, quando a problemática acerca da infertilidade estava em voga. Neste período, surgiram as técnicas de fertilização em vitro (FIV), que se iniciaram a partir de pesquisas em animais e que somente na década de setenta passou a ser realizada com sucesso em humanos, nascendo os que foram conhecidos como “bebês de proveta” (Oliveira; Lima, 2016, p. 451).

Este procedimento ocorre majoritariamente de forma extracorpórea, a partir da coleta do líquido folicular da mulher e da adição do espermatozoide ao óvulo. É somente após a divisão celular que o embrião é transferido para o útero (Oliveira; Lima, 2016, p. 452).

Essa técnica pode ser realizada tanto de forma homóloga, que ocorre quando o material genético de ambos os pais coincide com o das pessoas que irão exercer a parentalidade, quanto heteróloga, onde é possível que não haja esta coincidência, sendo utilizado o material genético de terceiros (Oliveira; Lima, 2016, p. 452).

No que concerne às práticas heterólogas, tem-se a possibilidade de doação do material genético, seja ele óvulo, esperma ou embrião. Todavia, ressalta-se que por se tratar de doação de partes do corpo humano, é preciso observar o caráter gratuito desta disposição, havendo, inclusive, Resolução do Conselho Federal de Medicina neste sentido (Resolução n. 2.294, de 2021) (Oliveira; Lima, 2016, p. 453).

A resolução garante ainda o anonimato da doação, protegendo a identidade do(a) doador(a). Observa-se, também, a limitação do direito de disposição de partes do corpo no que tange à limitação geográfica de doação de material genético (área de um milhão de habitantes), vez que isto previne a possibilidade de que irmãos consanguíneos se relacionem de forma acidental, no que se conhece por incesto acidental (Oliveira; Lima, 2016, p. 453).

Todavia, cumpre destacar a atecnia e eventual invalidade do quanto disposto pela referida Resolução do CFM, vez que o Conselho Profissional não possui competência para legislar sobre o tema. Inclusive, a Resolução anterior à atualmente vigente detinha pontos de clara inconformidade jurídica, ao exigir, por exemplo, o consentimento do cônjuge da cedente do útero para participação no processo (Gozzo; Ligiera, 2016, p. 15).

Atualmente, a tecnologia disponível permite a seleção de gametas *in vitro* e a cura de doenças genéticas através da manipulação de genes, trazendo benefícios àqueles que ainda serão gerados (Moraes *et al*, 2021, p. 585).

Todavia, é preciso ter atenção para prevenir práticas eugênicas, já que estas técnicas devem ser utilizadas apenas quando há pertinência médica, não devendo ser mecanismo de atendimento de preferências pessoais dos pais da criança.

Nas palavras de Moraes *et al* (2021, p. 586): “Nossas características e particularidades não devem ser definidas apenas por nosso perfil genético, pois transcendem barreiras sociais, culturais e ideológicas.”.

Assim, na gestação por substituição, tem-se a figura da cedente do útero, sendo aquela responsável por gerar o bebê e, após o parto, entregar a criança para a(s) pessoa(s) que irão criá-la. Portanto, é importante que a cedente do útero não possua qualquer vínculo genético com a criança (Oliveira; Lima, 2016, p. 454).

Para a utilização da gestação por substituição, tem-se a observância de alguns requisitos, dentre eles, a existência de algum problema médico que contraindique a gestação pela mãe biológica da criança, ou casos de casais homossexuais ou pessoas solteiras. Da mesma forma, existem requisitos para que a cedente do útero seja considerada apta, dentre eles, deve ser parente de até 4º grau de um dos pais da criança (pais que não necessariamente serão biológicos, mas que serão os responsáveis legais do bebê), casos em que isto não seja possível

serão devidamente analisados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) (Oliveira; Lima, 2016, p. 464).

Há quem entenda que a gestação por substituição é proibida no Brasil, em virtude do quanto disposto pelo art. 199, §4º, da Constituição Federal, que versa sobre a proibição de todo tipo de comercialização de órgãos, tecidos e partes do corpo humano (Gozzo; Ligiera, 2016, p. 12).

Como todos os casos apresentados até aqui, a cessão temporária do útero não deve ter caráter lucrativo ou comercial, por disposição constitucional do art. 199. Além disso, é preciso a coleta do consentimento livre, esclarecido e informado da pessoa cedente e dos responsáveis pela criança, garantindo especialmente a determinação quanto a sua filiação.

Um ponto de extrema atenção é o da garantia da dignidade da pessoa humana, evitando a objetificação da cedente do útero, ou até mesmo sua coisificação. Este princípio encontra-se previsto no art. 226, §7º, da CRFB e deve ser rigorosamente aplicado, pois abrange o princípio da paternidade responsável como direito fundamental na esfera do planejamento familiar, assim como o quanto previsto no art. 227, que trata do dever da família, da sociedade e do Estado de proteção da criança (Oliveira; Lima, 2016, p. 464).

Gozzo e Ligiera (2016, p. 3-4) afirmam que a dignidade da pessoa humana, especialmente no que tange ao direito de filiação, deve ser regida pelo princípio da paternidade responsável, vez que se trata do surgimento de uma nova vida, também dotada de dignidade e, portanto, deve ser amplamente protegida. Ressaltam que “A criança gerada tem total primazia ao bem-estar físico, psíquico e espiritual, devendo ser garantidos seus direitos fundamentais de modo a lhe proporcionar uma existência digna”.

Para maior segurança do exercício familiar, o legislador teve a cautela de esclarecer sobre quais circunstâncias os métodos de concepção e contracepção deverão e/ou poderão acontecer, determinando a necessidade de avaliação e acompanhamento clínico, sobretudo garantindo o acesso a informações quanto aos riscos, eficácia, vantagens e desvantagens do método selecionado (Oliveira; Lima, 2016, p. 466).

Neste viés, a saúde e a maternidade são direitos constitucionalmente garantidos, possibilitando a compreensão quanto à liberdade daqueles que busquem constituir família em buscar estes métodos, embora não haja menção expressa na Carta Magna quanto às hipóteses de esterilização ou busca por métodos artificiais de procriação. O que se extrai do texto constitucional é o direito à maternidade (Oliveira; Lima, 2016, p. 464-465).

Portanto, o regramento jurídico busca a garantia da dignidade da pessoa humana, visando também princípios outros, como a paternidade responsável, o melhor interesse da

criança, tendo por base sempre o caráter humanista, ainda que no âmbito jurídico, especialmente na esfera do direito de família (Oliveira; Lima, 2016. P. 466).

No que diz respeito à previsão normativa da gestação por substituição, não há menção expressa deste meio de concepção de família como há para a adoção, por exemplo. Todavia, numa análise extensiva acerca do direito à utilização de todos os métodos de concepção que é garantido de forma expressa na lei, entende-se pela sua possibilidade, sem que a esta prática seja atribuída uma ilegalidade (Oliveira; Lima, 2016, p. 466).

A questão nuclear discutida no âmbito da gestação por substituição diz respeito à possibilidade de desvinculação da gestação aos efeitos legais da maternidade, que ao longo da história da humanidade sempre foi presumido, mas que com o avanço da tecnologia trouxe à tona esta nova problemática. Agora, outorga-se o direito de filiação da criança a outra pessoa diferente da que a gestou, sem que necessariamente a primeira seja ligada biologicamente à criança (Robles, 2021, p. 217).

O Código Civil de 2002 preocupou-se em estabelecer as regras jurídicas para os casos de infertilidade do homem em termos de filiação, mas no que tange à possibilidade de o filho de um casal ser fruto de uma fertilização em que a mãe afetiva não é a mãe biológica sequer foi pensada pelo Códex. Ou seja, nota-se que para o ordenamento jurídico brasileiro, o estabelecimento da maternidade continua seguindo a propositura do brocardo romano *mater semper certa est*⁹ (Gozzo; Ligiera, 2016, p. 8).

Este princípio vincula a maternidade à gestação, todavia, existem outras correntes doutrinárias que permitem a extensão deste conceito para outras formas de constituição de família, dentre elas, tem-se a corrente da teoria da intenção, na qual a maternidade é definida a partir da pessoa que manifeste o desejo em criar a criança, independente da forma à qual ela foi concebida (Lamm, p. 42).

Essa teoria se mostra bastante adequada, considerando que existem outras formas de constituição de família que não se limitam ao parto através de mãe biológica e afetiva resguardadas numa mesma pessoa. Considere-se, por exemplo, a adoção, que se desvincula desta qualidade.

⁹ Art. 1.597, do Código Civil: “Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos:

I - nascidos cento e oitenta dias, pelo menos, depois de estabelecida a convivência conjugal;

II - nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento;

III - havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;

IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;

V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.

Destaca-se o fato de a teoria da intenção não fazer distinção de gênero, vez que prioriza a manifestação de vontade de ambas as figuras paternas e maternas, não sendo relevante para o campo da filiação quem foi o doador genético ou biológico daquela gestação, sendo, portanto, uma corrente que acaba por incluir as diversas formas de constituição de família (Lamm, p. 57).

É importante destacar, portanto, que, desde que observados os princípios constitucionais, há a desnecessidade de intervenção estatal no que tange ao exercício da liberdade reprodutiva, vez que se trata de uma escolha da esfera individual dos pais, sem a necessidade de políticas de controle do exercício desta liberdade (Oliveira; Lima, 2016, p. 467).

4.2.2.2 Útero Artificial

Não há outra possibilidade atualmente senão a gestação através de pessoas portadoras de útero. Apesar de ser um aspecto natural destes corpos, a gestação não deixa de ter seus impactos e riscos à saúde física, mental e emocional de quem a ela se submete (Moraes *et al*, 2021, p. 584).

Há não muitas décadas atrás, a única forma de gestar ocorria por meio de um ato sexual entre duas pessoas, o que permitia concluir que o pai da criança gestada era aquele que tivesse realizado o referido ato com a gestante e, portanto, o mesmo dono do material genético masculino, assim como a figura da mãe se definia da mesma forma, já que, até então, era a única responsável pela transferência do material genético materno, sem a possibilidade de intervenção de terceiros neste sentido. Ou seja, os elementos biológico, genético e volitivo coincidiam (quase sempre) numa mesma pessoa. Portanto, antes do advento das técnicas de reprodução humana assistida, o elemento biológico era o predominante para definição da filiação (Lamm, p. 50).

Os métodos conceptivos até então apresentados dependem, em sua totalidade, da participação de uma pessoa capaz de gestar, ou seja, necessitam da participação ativa de pelo menos um indivíduo. No que tange ao útero artificial, isto não se faz necessário, já que o seu intuito é viabilizar uma gestação completamente extracorpórea, sendo uma alternativa menos gravosa aos envolvidos (Santos; Meirelles, 2024, p. 122).

Este processo de gestação é conhecido como ectogênese e funciona da seguinte forma: a princípio, realiza-se uma fecundação *in vitro* para que possa haver um monitoramento da evolução e desenvolvimento do embrião, selecionando aqueles que tiverem maior probabilidade de implantação de sucesso no útero (Coutinho, 2018, p. 3).

Desta forma, a partir da possibilidade de constituição de um novo ser sem a necessidade de realização de um ato sexual, tem-se novas configurações de distinção entre paternidade e maternidade, seja pelo viés voluntário (caracterizado pela manifestação de vontade em constituir família e deprender esforços para tanto), biológico (através da cessão do útero para gestação, por exemplo) ou genético (através da doação de material genético para concepção de um gameta), que estabelece uma aparente prevalência do critério volitivo (Lamm, p. 50).

Todavia, as tecnologias atuais ainda não permitem uma gestação completa fora do útero materno, sobretudo nas primeiras vinte e duas semanas de gestação, no que pese já haver relatos de sucesso para ectogêneses parciais, comumente utilizadas em bebês prematuros, viabilizando, assim, um melhor desenvolvimento de seus órgãos e estrutura corporal num ambiente que simula o útero (Santos; Meirelles, 2024, p. 122).

A principal problemática do nascimento prematuro de bebês é a ausência de maturidade pulmonar e a incapacidade de regular as funções vitais básicas fora do útero materno. Assim, na intenção de auxiliar em casos como estes, várias são as pesquisas feitas para tentar elaborar um ambiente artificial que simule o útero materno e forneça ao neonato as condições para o pleno desenvolvimento de seus pulmões e da coordenação de suas funções vitais até que esteja apto a viver em ambiente externo (Robles, 2021, p. 219-220).

Assim, a ectogênese e a gestação por substituição proporcionam a concepção fora do corpo humano, independente do ato sexual. Contudo, enquanto na segunda se faz necessário a implantação do embrião ao útero após a fecundação, a primeira garante um processo completamente alheio à participação ativa de um corpo biológico (Coutinho, 2018, p. 4).

Um ponto de importante destaque é o fato de, apesar de não se ter a certeza sobre os contornos atuais de um útero artificial, é possível desde já estabelecer a necessidade de procriação sexuada, sob pena de adentrar em caminhos antiéticos, como o da clonagem humana (Coutinho, 2018, p. 4).

Logo, resta esclarecido que a ectogênese é um processo de procriação extracorpórea em ambiente que simula o útero materno através do fornecimento de nutrientes e oxigênio. Este artifício surgiu a partir da inquietação de cientistas quanto à possibilidade de criação de um ambiente artificial capaz de gerar uma vida humana. Sua maior utilidade tem por motivação o monitoramento do desenvolvimento de fetos, antecipando complicações que, em vias naturais, poderiam não ser possíveis (Santos; Meirelles, 2024, p. 122).

Outro benefício deste método é a ausência de riscos para a gestante do bebê e a transposição de doenças ao feto, diminuindo as chances de malformação ou algum tipo de anomalia congênita (Santos; Meirelles, 2024, p. 122).

Portanto, meios artificiais de gestação proporcionariam uma correção de eventuais anomalias no desenvolvimento fetal causando menos riscos à gestante e, conseqüentemente, ao próprio nascituro, o que representaria uma transformação significativa na forma de gestar (Santos; Meirelles, 2024, p. 130).

Considerando que a maior causa de morte entre recém-nascidos é o nascimento prematuro, a implementação desta tecnologia revolucionaria o auxílio na manutenção da vida fetal (Santos; Meirelles, 2024, p. 131).

Atlan traz como benefício e incentivo à utilização do útero artificial, a sua medicalização, a partir do momento em que sua implementação seria cabível para pessoas inférteis ou incapacitadas de gestar por outras razões ou aquelas em situação de aborto espontâneo, por exemplo (Diniz, 2007, p. 1242).

Na realidade, a utilização de úteros artificiais para fetos com mais de 22 (vinte e duas) semanas de concepção já é bastante viável, o que torna otimista a possibilidade de diminuição do período de viabilidade de implementação desta tecnologia, representando uma ferramenta de combate à morbidade e mortalidade neonatal (Santos; Meirelles, 2024, p. 131).

Contudo, o maior desafio na atualidade no que tange ao útero artificial diz respeito à verificação da viabilidade de implantação de um embrião, após 4 dias de fecundação, até a vigésima quarta semana, momento pelo qual já é possível a extração do feto para fora do útero materno com uma garantia mínima de sobrevivência (Diniz, 2007, p. 1241).

Outro aspecto da mudança com a implementação desta tecnologia seria o papel social atribuído às mulheres, vez que o útero artificial pode ser fator desbiologizante da gestação. Desta forma, a parcela de contribuição entre o homem e a mulher no período de gestação passaria a ser a mesma, eliminando algumas das justificativas utilizadas para discriminações de gênero na atualidade, a exemplo da disparidade entre o período concedido a título de licença maternidade ao homem e à mulher.

Enquanto ao homem a legislação concede apenas 3 dias de afastamento do trabalho, à mulher se concedem 4 meses! Note-se que a própria legislação perpetua a discriminação de gênero ao atribuir a mulher o caráter de cuidadora e ao homem o papel de provedor do lar, retirando-lhe a responsabilidade de cuidado e criação de sua própria prole (Cunha, 2024).

Premente que se assevere que a possibilidade de afastamento dos pais do exercício de suas atividades laborais prevista na lei em decorrência do nascimento de filho não se destina apenas à atividade de amamentação, mas especialmente a viabilizar os

primeiros cuidados com aquele que acaba de nascer e que, conforme já afirmado nos termos do que determina o Código Civil ao tratar do poder familiar (art. 1.634), é responsabilidade de ambos os pais (Cunha, 2024).

Inclusive, essa diferenciação traz impactos em outras esferas da vida da mulher, vez que empresas tendem a contratar homens em preferência de mulheres, justamente em decorrência desta diferenciação legislativa quanto ao período de afastamento para cuidados com a prole.

Atlan traz a reflexão acerca da naturalização da gestação nos corpos das mulheres, apresentando a discussão a respeito da “redescrição sem precedentes no discurso sobre o natural no campo reprodutivo”. O Autor pontua que o útero artificial forçará a discussão sobre os papéis de gênero na sociedade (Diniz, 2007, p. 1242).

O advento das novas tecnologias reprodutivas permitiu o início deste debate, ao dar maior liberdade no que tange à procriação, seja quanto ao seu momento, através dos métodos de planejamento familiar e contracepção e sua forma, a exemplo do próprio útero artificial (Diniz, 2007, p. 1242).

Assim como na gestação por substituição, teme-se o risco de eugenismo a partir da oportunidade de seleção embrionária para fecundação do óvulo, por motivos diversos que não os terapêuticos. Outro temor é o da transformação da gestação por útero artificial em um “mercado de bebês”, a partir da comercialização de “crianças sem pais”, com a clonagem humana ou até mesmo de comercialização de órgãos para pesquisas clínicas. Coutinho (2018, p. 6) entende ainda que “A prática da ectogênese acarretará custos elevados, fomentará o risco de comercialização e do turismo reprodutivo.” (Coutinho, 2018, p. 6).

Outro aspecto da mudança seria a necessidade de adequação do Direito, a exemplo do Direito de Trabalho, vez que não mais haveria a necessidade de concessões “especiais” à mulher durante o período de gestação, como a limitação da jornada de trabalho, permitindo, assim, uma aproximação da maternidade com a paternidade (Santos; Meirelles, 2024, p. 128).

Portanto, a evolução da Medicina acarreta a necessidade de adaptações em outros aspectos da vida em sociedade, não só nas ciências jurídicas, como mencionado, mas em aspectos culturais, já que as novas formas de concepção de família reinventam o conceito de maternidade e de gestação. Além disso, a possibilidade de maior exercício da liberdade sobre o próprio corpo também modifica as relações de gênero, vez que mulheres e homens passariam a vivenciar as mesmas experiências, ao menos no que tange ao período de gestação da criança, o que representa a eliminação de aspectos que hoje são utilizados como discriminadores de gênero (Santos; Meirelles, 2024, p. 128).

“Sendo assim, tecnologias, como a da criação de um útero artificial, permitem maior liberdade de escolha para estas mulheres, aumentando a igualdade de gênero, considerando que, optando por uma gestação extracorpórea, a mulher e o homem passarão pelas mesmas dificuldades e limitações.” (Santos; Meirelles, 2024, p. 134).

Como qualquer nova tecnologia, especialmente no campo da Medicina, a ectogênese completa também traz à baila discussões acerca da pessoa que venha a nascer como fruto desta prática, especialmente no que tange aos direitos da personalidade e a individualidade destes seres, filiação e repercussões jurídicas que talvez ainda nem tenham sido consideradas (Santos; Meirelles, 2024, p. 134).

Estas também são inquietações apontadas por Robles (2021, p. 221):

Al margen de su viabilidad, las implicaciones éticas, antropológicas, sanitarias y jurídicas serían notables. Se desligaría la condición humana —a las mujeres— de todas las fases del proceso reproductivo, que pasaría a estar al alcance de cualquiera al margen de su naturaleza —sexo— o circunstancias —edad—. Se alteraría la estructura familiar, y el estatus social de la mujer se vería seguramente perjudicado, pues aquellas que optasen por un embarazo y parto tradicional se percibirían como poco rentables desde el punto de vista sanitario, económico y laboral. Tampoco están previstas soluciones respecto del régimen de guarda o tutela legal en caso de desistimiento, separación o divorcio, o muerte sobrevenida de los comitentes cuando no exista vínculo genético con el feto, o sobre el régimen de responsabilidad en caso de muerte perinatal, defectos o daños físicos producidos al feto por el uso de esta técnica.

Sendo assim, o útero artificial tem um caráter dúplice a ser observado. Por um lado, tem-se o caráter desbiologizante desta tecnologia, que permite maior equiparação entre o gênero feminino e masculino, todavia, pode exacerbar o individualismo, por outro, servir de alternativa médica para aqueles impossibilitados de gestar um filho geneticamente seu, seja por questões de orientação sexual, infertilidade ou mera liberalidade (Diniz, 2007, p. 1242).

4.3 LIBERDADE SOBRE O PRÓPRIO CORPO E AUTONOMIA PRIVADA

Para discutir-se sobre liberdade sobre o próprio corpo é preciso, de antemão, saber diferenciar autonomia de autodeterminação. Enquanto a autonomia é altamente regulada através dos negócios jurídicos, servindo de instrumento para as relações econômicas, a autodeterminação tem sido tratada em segundo plano, associada ao exercício das faculdades (Branco, 2011, p. 242).

Tanto a autonomia quanto a autodeterminação são classificadas como direito fundamental, vez que o art. 5º da Constituição Federal dá aos direitos da liberdade esse status.

Portanto, estão protegidas pelas normas de direito subjetivo, ainda que assim não sejam expressamente classificadas (Branco, 2011, p. 242-244).

A dúvida que paira sobre os atos de autodeterminação em detrimento daqueles de autonomia privada (para celebração de negócios jurídicos, por exemplo) é se há a necessidade de criação de uma categoria específica para tais atos, considerando que dizem respeito aos “atos de pura determinação” ou o arcabouço jurídico existente é suficiente para regular tais atos, considerando suas adaptações e extensões de interpretação (Branco, 2011, p. 246).

Autores como Gerson Luiz Carlos Branco (2011, p. 248) entendem que há uma diferenciação necessária entre atos de autodeterminação e atos de autonomia privada, especialmente no que tange aos negócios celebrados em que o principal objeto da liberdade discutida fosse vinculado à personalidade do sujeito de direito.

A conclusão que se pode chegar é de que os atos de pura autodeterminação, como são os atos praticados para disposição de direitos da personalidade nas hipóteses de “consentimento informado”, “testamento genético”, “contratos” para realização de pesquisas médicas ou para uso de medicamentos experimentais, não podem ser considerados de maneira clara como negócios jurídicos, mas como uma nova categoria jurídica com regras e princípios próprios (Branco, 2011, p. 258).

Outra diferenciação importante a ser feita no campo da autonomia diz respeito à sua relação com o princípio da proteção. Desta conexão, destaca-se que enquanto a autonomia preserva a imagem do homem livre, dando ao sujeito a liberdade para se autogovernar, a proteção atua de forma direta sobre esta liberdade, na busca pela garantia e efetividade da justiça equitativa (Schramm, 2008, p. 60).

A modificação corporal tem sido tema de debate quanto à limitação da liberdade sobre o próprio corpo e o dever de proteção da integridade física do indivíduo. Tome-se de exemplos extremos de modificação do corpo, os casos do homem-lagarto e homem-tigre, sujeitos que se submeteram a “mais de setecentas horas de tatuagens, implantes de chifres de teflon inseridos sob a pele das sobrancelhas, a língua partida e dentes lixados”, no caso do homem-lagarto, e “inúmeras tatuagens que reproduzem a estampa da pele dos tigres, implante de fios que se assemelham aos bigodes felinos e aplicação de silicone nos lábios superiores” para o homem-tigre, que seguiu à letra os mandamentos de sua tribo indígena (Moraes; Castro, 2014, p. 804).

Destaca-se também o caso da artista plástica francesa que se submeteu a nove cirurgias plásticas, transmitidas via satélite, como parte de um manifesto que apelidou de “a reencarnação da santa Orlan”, seu nome, utilizando o próprio corpo como “espaço de reflexão e [...] autorretrato” (Moraes; Castro, 2014, p. 805).

Exemplos que causam menos estranheza também são comumente utilizados na comunidade médica, por exemplo, como os implantes de marcapasso. São exemplos como estes

que trouxeram à tona um novo conceito, o da condição pós-humana. Note-se que a depender da finalidade, as modificações corporais possuem mais ou menos receptividade pela sociedade e, conseqüentemente, pela ordem jurídica. Quando utilizada com a finalidade terapêutica, por exemplo, poucos são os que se mostram contrários à sua utilização. Todavia, ao pensar-se na modificação corporal como mera expressão da individualidade do sujeito, sem qualquer utilidade específica, especialmente quando pensadas para aprimoramento humano, começa-se a questionar os limites da liberdade sobre o próprio corpo (Moraes; Castro, 2014, p. 806).

Nesta linha, o transplante de útero se enquadra nas hipóteses de modificação corporal que ainda não são reguladas pelo ordenamento jurídico, devendo haver um enquadramento normativo para a prática, a fim de resguardar o direito fundamental à saúde da mulher, bem como à sua liberdade para fazer com o seu corpo o que bem quiser.

A legislação atual sobre transplantes de órgão e sua doação em vida não apresenta qualquer óbice explícito para a realização do transplante de útero. Observe-se que há uma limitação imposta pelo art. 9º, §3º¹⁰ da Lei n. 9.434/97 no sentido de proibição de doação em vida de órgãos únicos, com a intenção de preservar a saúde e bem-estar do doador, vez que, doando tais órgãos, estes viriam a falecer ou prejudicar sua própria saúde.

Todavia, tal proibição não abarca a doação do útero, vez que sua retirada não implica em qualquer prejuízo à saúde da mulher, tanto é verdade que muitas delas sobrevivem normalmente sem o órgão após uma cirurgia de histerectomia causada por um tratamento de câncer, por exemplo.

Ressalte-se que a doação do útero não retira do corpo da mulher os ovários, mantendo assim sua função reprodutiva, exceto no que tange à capacidade de gestar. Ou seja, doar o útero em vida representa a materialização da liberdade e autonomia da mulher, não devendo o poder legislativo intervir e limitar tal liberdade individual.

Note-se que, para a satisfação psíquica da mulher, haverá o comprometimento de sua integridade física, especialmente da doadora do útero. Contudo, ressalta-se que, neste caso, há uma ponderação entre a violação do próprio corpo e o alcance do bem-estar biopsicossocial.

¹⁰ Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. [\(Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001\)](#)

§ 3º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

Assim como a objeção de consciência é expressão do respeito à liberdade de crença do sujeito, a liberdade sobre o próprio corpo no que tange à possibilidade de doação do útero em vida mostra-se como alicerce do alcance da expressão máxima dos direitos de personalidade da mulher e de sua individualidade, devendo, portanto, ser respeitada.

Faz-se importante mencionar o princípio da intervenção mínima do estado nas relações privadas, que sustenta a tese da liberdade sobre o próprio corpo à medida em que compreende que a competência do Estado para interferir na esfera privada se limita às relações negociais entre as partes, devendo intervir o mínimo possível, e não sobre as decisões da esfera subjetiva do ser humano.

Segundo Cenci, Bedin e Fischer (2011, p. 80), o Estado deve intervir nas relações privadas em apenas três cenários: “a defesa da sociedade contra os inimigos externos, a proteção dos indivíduos contra as ofensas mútuas e a realização de obras públicas que não possam ser realizadas pela iniciativa privada”.

Inúmeros são os exemplos em que o legislador já compreendeu não ser de sua alçada intervir na esfera privada, permitindo o exercício da liberdade sobre o próprio corpo. Um deles é o da regulação da cirurgia de redesignação sexual, sendo inclusive coberta pelo SUS ou até mesmo as cirurgias de esterilização voluntária.

Todos os procedimentos aqui elencados são de caráter permanente e ainda assim permitidos pelo ordenamento jurídico, vez que impactam exclusivamente a esfera individual e subjetiva do indivíduo. Sendo assim, não há que se falar em proibição legislativa para a doação de útero em vida por esta mesma razão.

Pensa-se, portanto, que uma mulher que não deseje gestar ou já tenha o feito e queira doar seu órgão para que outra possa realizar este sonho, deve ter a liberdade de fazê-lo. Contudo, importante ressaltar a necessidade de avaliação terapêutica acerca da viabilidade médica do procedimento, vez que a dignidade e a integridade física da mulher deve estar em voga como prioridade.

Muito se critica o exercício do poder sobre o corpo da mulher, utilizando-se de mecanismos ditos para sua emancipação como forma de controle mercantilista de seus corpos, a exemplo da implementação da pílula anticoncepcional sob o discurso de libertação das mulheres, todavia, com o intento de “um direcionamento tecnológico científico de amoldamento dos corpos femininos, a partir de uma artificialização, para que a expansão dos setores produtivos e alocação das mulheres no mercado com base na divisão sexual do trabalho” (Bittencourt, 2015, p. 235).

Assim, pensa-se que o interesse do poder legislativo em coibir a utilização de certas tecnologias reprodutivas tem por escopo o controle de natalidade e a relocação das mulheres para a serventia do capitalismo e do mercado, contudo sem extirpar a divisão sexual do trabalho e valorizando as “diferenças biológicas entre os sexos masculino e feminino” (Bittencourt, 2015, p. 235).

Portanto, há quem compreenda o transplante de útero como mais uma forma de controle dos corpos ao disseminar o ideal construído socialmente sobre o papel do feminino e a maternidade, todavia, não há como desvencilhar a discussão da importância da liberdade sobre o próprio corpo como mecanismo de garantia da dignidade da mulher, ainda que seu desejo coincida com este ideal popular.

Importante ressaltar que o transplante de útero representa a materialização do desejo de gestar no que tange à receptora do órgão, assim como representa a liberdade da doadora em não fazê-lo, dando a outrem a oportunidade de realização do desejo de gestar, já que, para si, não há utilidade em manter o órgão reprodutivo, seja por já ter gerado suas crias ou por simplesmente não desejar tê-las.

O ordenamento tenta justificar a limitação às intervenções e modificações corporais através do princípio da beneficência e da proteção do sujeito, justificando-se na extensa e irreversível mudança que a doação de útero representa. Contudo, os protocolos médicos estabelecidos pelas equipes de transplantação funcionam como parâmetro de garantia da segurança e viabilidade do procedimento, retirando, assim, a necessidade de intervenção do legislativo para este fim.

A intervenção jurídica sobre o processo de transplante de útero é bem-vinda para regular todo o procedimento e garantir sua idoneidade, estabelecendo padrões de conduta e procedimentos que permitam o livre exercício da autonomia da mulher, sem coerções e dissipações de informação.

Neste sentido, tem-se as palavras de Ventura e Schramm (2008, p. 67):

A hipossuficiência (ao menos técnica) do paciente em relação ao profissional de saúde, por si só, justificaria a produção de normas protetoras da autonomia do paciente no âmbito dos cuidados de sua saúde. A preocupação de proteção aumenta quando se trata de incorporar novas tecnologias, considerando os riscos que podem representar à saúde humana e o fato de que, em sua maioria, são desenvolvidas e introduzidas por um “mercado da saúde” que busca a lucratividade através do aumento do rol de consumidores.

É possível visualizar, portanto, que nas relações de saúde, especificamente no que tange à saúde sexual da mulher, tem-se a aplicação do princípio bioético da autonomia em

contraponto aos princípios da beneficência e não-maleficência, especialmente em combate ao paternalismo tão combatido na relação médico-paciente (Schramm, 2008, p. 60-61).

Os avanços da tecnologia médica têm permitido não somente novas técnicas para melhoramento da saúde física do ser humano, mas também uma ampliação da busca pelo bem estar biopsicossocial e devem ser reconhecidos como direito fundamental à saúde e à dignidade (Ventura; Schramm, 2008, p. 68).

Os autores Ventura e Schramm (2008, p. 68) fazem um comparativo acerca das limitações de certos procedimentos sobre outros que não possuem justificativa e amparo jurídico de fato – a exemplo do antigo condicionamento imposto à realização de cirurgia de redesignação sexual no que tange ao laudo psiquiátrico em detrimento de intervenções meramente estéticas que não sofriam a mesma limitação -, corroborando o entendimento acerca da viabilidade de intervenções corporais como o transplante de útero em vida, pois trata-se de mecanismo de satisfação pessoal que não causa prejuízos ou viola direitos outros do sujeito.

Ana Carolina Brochado Teixeira e Renata de Lima Rodrigues (2018, p. 4) atestam que, no que pese a igualdade formal estabelecida pelo ordenamento jurídico brasileiro, alguns grupos sociais como o das mulheres, pessoas negras, pobres e homossexuais tem sido marginalizados quanto à proteção conferida ao sujeito de direito, sendo evidente que as relações de gênero perpetuam as garantias fundamentais destes grupos sociais, priorizando demandas que mantenham o homem branco e heteronormativo no poder e controle das relações.

Há, então, uma divisão do paternalismo médico em fraco e forte. O primeiro seria aquele aplicado sobre pessoas que possuem algum tipo de restrição de capacidade, ou seja, é o paternalismo exercido em pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, em termos jurídicos, ou incompetentes de um ponto de vista moral. Enquanto o segundo, é o paternalismo exercido em sujeitos plenamente capazes, o que viola o princípio da autonomia, mas costuma ser justificado através da aplicação de outro princípio, entendendo pelo bem estar do paciente (Beauchamp; Childress, 2012, p. 217; Coelho; Costa; Lima, 2013, p. 244).

Portanto, o paternalismo deve se subsumir às convicções pessoais do indivíduo, tanto pelo fato de se tratar de hipóteses em que o exercício da liberdade como direito fundamental deve ser preservado, como considerando que se trata de “situações de conflitos verdadeiramente existenciais” (Moraes; Castro, 2014, p. 802).

Nessas situações, a observância do dever jurídico de preservação da integridade física (como pressuposto necessário à continuidade da vida) significaria uma violação da ordem psíquica, concluindo-se que esses espaços de liberdade, quando violados, são punidos com os aspectos subjetivos da própria personalidade (Moraes; Castro, 2014, p. 802).

Contudo, faz-se importante pontuar que o princípio da proteção não se coaduna necessariamente com a proteção paternalista criticada neste trabalho, mas sim com a proteção do sujeito no que se refere à saúde pública, garantindo a efetividade de políticas públicas e o acesso à saúde de qualidade. Ou seja, o princípio da proteção atua como garantidor da autonomia individual do sujeito, buscando a sua emancipação ao fortalecer a autonomia nas tomadas de decisão em saúde (Schramm, 2008, p. 61).

Não há, logicamente, como associar o transplante de útero às práticas mutiladoras, mas sim terapêuticas, funcionando o transplante como alternativa ao tratamento da infertilidade feminina, reconhecida mundialmente como patologia e, portanto, devendo a técnica ser protegida pelo direito fundamental de acesso à saúde.

Em termos de proibição legislativa, tem-se o quanto previsto pelos artigos 13 e 15 do Código Civil, que dispõem acerca da vedação de qualquer intervenção que importe na diminuição permanente da integridade física sem finalidade terapêutica, com ou sem consentimento do paciente. Contudo, frise-se que o transplante de útero com doadora viva não representa diminuição permanente da integridade física, especialmente considerando que sua doação possui, de fato, finalidade terapêutica, qual seja, o tratamento da infertilidade da receptora.

Neste sentido, destaca-se que a integridade é compreendida por dois elementos, o corpo e a mente. Sendo assim, não há como dissociar o corpo da sua dimensão psíquica, devendo haver no campo jurídico a preservação do bem-estar físico em consonância com a dimensão subjetiva do ser e sua compreensão de vida digna. Desse modo, tem-se que “a autonomia corporal refere-se diretamente à integridade de maneira global, considerando a inseparabilidade das respectivas esferas” (Moraes; Castro, 2014, p. 802).

É preciso, contudo, observar critérios definidores da segurança do procedimento, assegurando, assim, a integridade física das mulheres. Logo, deve-se ter especial atenção a critérios como “integralidade e humanização da assistência; desenvolvimento de estudos sobre a eficácia, efetividade, custo e benefício e qualidade do processo” (Ventura; Schramm, 2008, p. 79).

Existe um amplo leque de princípios que protegem o exercício da liberdade sobre o próprio corpo da mulher nesta hipótese, sendo eles: o direito de não ser submetido a tratamento degradante ou desumano; o direito à inviolabilidade da vida privada, da intimidade, da honra e da imagem da pessoa; o livre desenvolvimento da personalidade e a autonomia; a não-discriminação, a assistência integral à saúde, todos dispostos nos artigos 5º e 196 da Constituição.

Apesar disso, ainda há a imposição da gratuidade da disposição do próprio corpo, tanto pela Constituição quanto pela legislação específica, que exige ao processo, um aspecto altruísta já debatido neste trabalho. Veja-se, a doação, por si só, já não representaria o caráter altruísta? Seria de fato necessária a proibição do recebimento de uma contraprestação por este ato?

Note-se que para o livre exercício do poder de planejamento familiar, é preciso observar uma postura ativa, porém não interventora do Estado, garantindo às partes, em especial a mulher, os subsídios necessários para a tomada de decisão reprodutiva, destacando-se entre eles informações e recursos financeiros, bem como acesso igualitário às tecnologias e estruturas que emergem no campo da reprodução humana (Teixeira; Rodrigues, 2018, p. 10).

Assim, a criação de um programa de saúde da mulher que englobe não somente questões de procriação e contracepção, mas que contemple suas necessidades de saúde de forma integral se faz imprescindível para a efetividade de seus direitos fundamentais (Teixeira; Rodrigues, 2018, p. 11).

Há uma divergência de posicionamentos entre o poder judiciário brasileiro e o legislativo. Enquanto o primeiro tende a acolher as novas demandas do direito reprodutivo, seja se posicionando a favor da pesquisa com células tronco ou descriminalizando a interrupção voluntária da gestação de feto anencefálico, o judiciário mantém uma postura conservadora quanto à expansão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Teixeira; Rodrigues, 2018, p. 12).

Portanto, é preciso estabelecer um parâmetro normativo que proteja as pessoas envolvidas no processo de transplante de útero, mas não com o intuito de limitá-lo ou proibi-lo, vez que se trata de um direito fundamental de liberdade sobre o próprio corpo e exercício da autonomia e liberdade reprodutiva, mas sim de proteger os vulneráveis ou já vulnerabilizados, evitando o acesso desigual à prática e a objetificação de mulheres (Ventura; Schramm, 2008, p. 68).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transplante de órgãos é um dos mais impactantes avanços da medicina moderna, sendo capaz de salvar inúmeras vidas com um único doador. Neste sentido, a comunidade médica vem ampliando suas pesquisas a fim de englobar cada vez mais outras patologias, auxiliando na qualidade de vida de muitas pessoas.

Muito se discute acerca do aspecto altruísta do transplante de órgãos, que acaba por atingir exclusivamente a pessoa doadora, que está impossibilitada de receber uma remuneração sobre a doação. Apesar disso, nota-se que a legislação brasileira já aceita uma série de benefícios indiretos para estas pessoas, o que faz concluir pela possibilidade de uma compensação de custos, ainda que não financeiros, considerando que não há empecilho justificável na legislação atual.

Combina-se a isso a necessidade de aumento da oferta de órgãos no país, na qual a compensação pela doação poderia resultar em um maior incentivo às pessoas e, conseqüentemente, na redução da fila de espera.

As tecnologias reprodutivas têm o objetivo de proporcionar à mulher a realização do sonho da maternidade, além de corroborar com o livre exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Neste cenário, o transplante de útero surge como alternativa terapêutica às mulheres acometidas com infertilidade e que possuem o sonho de gestar seu próprio filho. Trata-se de uma alternativa médica que deve ser levada em consideração, tanto pelo fato de que outras opções podem não ser viáveis, seja por uma vedação jurídica, como é o caso da gestação por substituição em inúmeros países, seja por simplesmente não atender os desejos da mãe, a exemplo da adoção.

No que tange à gestação por substituição, tem-se questões ainda discutidas como filiação e a necessidade de que uma terceira pessoa se submeta a nove meses de gestação, com todos os encargos físicos e psíquicos que este fenômeno pode causar ao corpo de uma mulher, enquanto no transplante de útero a doadora se submete a um procedimento cirúrgico único sem a continuidade prolongada da relação com a doadora e mãe em potencial.

Neste quesito, é possível considerar como ponto positivo o fato da diminuição de tempo da relação entre as partes, o que reduz os riscos quanto à mudança no consentimento, além do fato de que em ambas as circunstâncias, a doadora do útero terá que passar por um procedimento que é considerado de risco, seja o parto em si, que pode ter suas complicações,

ou o processo de transplante, que demanda da doadora uma cirurgia de cerca de 10 horas para retirada do útero.

Sendo assim, do ponto de vista técnico-científico, existem riscos em ambas as opções, não havendo que se falar em prevalência de um método sobre o outro com base exclusivamente neste quesito. Deste modo, tem-se que deve prevalecer a liberdade sobre o próprio corpo e a autonomia da mulher na tomada de decisão em saúde reprodutiva.

Contudo, não se deve ignorar que para a realização de quaisquer destas técnicas, é preciso se pautar na viabilidade médica da prática, que será avaliada através de um acompanhamento clínico e dos indicadores médicos, ou seja, algumas decisões relacionadas ao corpo também envolvem avaliação terapêutica que se justifica para análise da viabilidade do procedimento.

Do mesmo modo apresenta-se a opção futura da ectogênese completa, na qual o bebê é gerado por um útero artificial, sendo apenas necessária a utilização do material genético feminino e masculino para formação do zigoto. Ressalta-se que esta técnica não é completamente viável atualmente, vez que uma gestação totalmente fora do útero materno ainda não é possível, o que elimina esta opção, mas não a necessidade de sua discussão, já que o elemento ético se mostra indispensável.

É sabido que a infertilidade é considerada como patologia pela Classificação Internacional de doenças e, portanto, métodos de combate à esta condição, como o transplante de útero e a inseminação artificial, devem ser reconhecidos como alternativa terapêutica. Questões como a infertilidade podem causar danos de ordem psíquica nas mulheres, especialmente considerando a grande pressão sofrida quanto ao papel do feminino na sociedade e a sua correlação com a naturalidade da gestação, imposta pelos ideais patriarcais e machistas.

A liberdade sobre o próprio corpo surge então como ferramenta de legitimação do exercício da autonomia das mulheres que desejem auxiliar a realização do sonho destas outras que não são capazes de gestar. A liberdade reprodutiva é uma via de mão dupla e deve ser respeitada na prática médica.

Assim, tem-se que os resultados positivos das experimentações em transplantação de útero pelo mundo e no Brasil demonstram a viabilidade médica da prática, sendo necessário o devido acompanhamento normativo deste avanço da medicina.

Contudo, o atual cenário legislativo do país é composto majoritariamente por homens, cis, brancos e heterossexuais que não possuem qualquer interesse em legislar sobre questões que envolvam a liberdade reprodutiva, sendo reflexo da falta de legislação sobre o tema no Brasil e o atraso para a regulamentação de tantas práticas reprodutivas, como a inseminação

artificial e a gestação por substituição, que auxiliam não só casais inférteis, mas pessoas solteiras e casais homossexuais que desejam constituir família.

Não se pode deixar de lado os contrapontos do transplante de útero, vez que se trata de procedimento cirúrgico complexo, de longa duração e que pode causar riscos, tanto à receptora quanto à doadora do útero, além da recomendação de retirada do órgão após duas gestações para reduzir eventuais danos pelo prolongado período de imunossupressão, que faz muitos questionarem a necessidade da referida intervenção médica.

Questiona-se a viabilidade econômica de uma cirurgia deste porte, especialmente considerando que os transplantes de órgãos são realizados no Brasil através do Sistema Único de Saúde, contudo, pondera-se que este não deve ser um requisito de exclusão da inserção desta técnica, vez que outros procedimentos de igual ou superior complexidade fazem parte da cobertura do SUS e possuem suas controvérsias na doutrina, a exemplo da cirurgia de redesignação sexual, que representou um avanço significativo na conquista de direitos fundamentais das pessoas transsexuais.

Cumprе ressaltar que a autonomia deve ser resguardada nestes casos, tendo em mente que a liberdade sobre o próprio corpo é protegida pela legislação e não deve ser mitigada sob um viés paternalista de proteção.

Há a necessidade de garantia da dignidade humana, evitando, assim, a objetificação do corpo feminino e a desinformação quanto a outros métodos de constituição de família e dos riscos da submissão a este tipo de cirurgia.

Para se garantir essa dignidade, é preciso ponderar acerca da interseccionalidade do tema, vez que, especialmente no Brasil, mulheres negras não recebem o mesmo tratamento que mulheres brancas. É preciso levar em consideração quais os fatores que podem vulnerabilizar a mulher durante o processo para evitar violações à sua dignidade e autonomia.

Portanto, conclui-se pela possibilidade da implementação do transplante de útero com doadora viva no Brasil, através do aparato do instituto da liberdade sobre o próprio corpo e do princípio bioético do respeito a autonomia. Todavia, cumprе ressaltar a importância da obtenção de um consentimento livre e esclarecido que leve em consideração as camadas de vulnerabilidade da mulher doadora, a fim de evitar sua objetificação e reiterar suas vulnerabilidades. À receptora do órgão, é preciso esclarecer os riscos de uma cirurgia deste porte, além de fornecer a este todas as informações disponíveis quanto aos demais métodos de concepção de família, para que sua decisão seja tomada de forma mais autônoma possível.

Assim, entende-se que não há óbice na legislação atual para a realização do referido transplante, vez que a proibição de doação de órgãos não duplos diz respeito à manutenção da

saúde e bem-estar físico da pessoa doadora, e no que tange ao transplante de útero, a retirada do órgão não representa qualquer malefício à doadora.

Acrescenta-se a este ponto, o fato de o poder legislativo não dever interferir na esfera privada de seus constituintes, a não ser para proteger a integridade física e dignidade de terceiros. No caso em comento, a doação do útero não interfere no exercício da liberdade de outros, tampouco representa prejuízo à integridade física da doadora, mas sim o exercício pleno da sua liberdade reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, Karla. O que é Interseccionalidade? Letramento: Justificando. **Feminismos Plurais**. Coord. Djalma Ribeiro. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_%28Feminismos_Plurais%29_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359
- ANJOS, Márcio. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**. v.2, n.2. 2006. Disponível em: [A vulnerabilidade como parceira da autonomia | Revista Brasileira de Bioética \(unb.br\)](#). Acesso em: 07 set. 2024
- AMORIM, Denise Souza; BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco. Aspectos Jurídicos do Transplante de Útero: Um estudo sob perspectiva da sociedade da informação. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Belém. v. 5., n. 2., p. 41-57. Jul/Dez. 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/5994/pdf>.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of Biomedical Ethics. 7. Ed, Nova York, **Oxford University**, 2012.
- BITTENCOURT, Naiara Andreoli. A biopolítica sobre a vida das mulheres e o controle jurídico brasileiro. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas**. Universidade Federal da Paraíba, Nº 03 - Ano 2015. DOI: 10.18351/2179-7137/ged.2015n3p225-245.
- BRANCO, Gerson Luiz Carlos. Autodeterminação e limitação negocial aos direitos da personalidade. In: BAEZ, Narciso Leandro Xavier Baez; CASSEL, Douglas (Orgs.). A realização e a proteção internacional dos Direitos Humanos: desafios do século XXI. Joaçaba: Ed. UNOESC, 2011. pp. 227-44. Disponível em: [http://www.idclb.com.br/httpdocs/revistas/44%20e%2045/revista44e45%20\(13\).pdf](http://www.idclb.com.br/httpdocs/revistas/44%20e%2045/revista44e45%20(13).pdf)
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: [Constituição \(planalto.gov.br\)](#)
- BRASIL. **Decreto nº 879**, regulamenta a Lei nº8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários, de 22 de julho de 1993. Disponível em: [Decreto nº 879 \(planalto.gov.br\)](#)
- BRASIL. **Decreto nº2.268**, regulamenta a Lei nº9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, de 30 de junho de 1997. Disponível em: [D2268 \(planalto.gov.br\)](#)
- BRASIL. **Decreto nº9.175**, Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, de 18 de outubro de 2017. Disponível em: [D9175 \(planalto.gov.br\)](#)
- BRASIL. **Lei nº4.280**, dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida, de 06 de novembro de 1963. Disponível em: [L4280 \(planalto.gov.br\)](#)
- BRASIL. **Lei nº5.479**, dispõe sobre retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências, de 10 de agosto de 1968. Disponível em: [L5479 \(planalto.gov.br\)](#)
- BRASIL. **Lei nº 8.069**, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 08 de julho de 1990. Disponível em: [L8069 \(planalto.gov.br\)](#)

BRASIL. **Lei nº8.849, dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos**, de 18 de novembro de 1992. Disponível em: [L8489 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/leis/1992/08/18/leis_8849.htm)

BRASIL. **Lei nº 9.434, sobre a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento**, de 04 de Fevereiro de 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm.

BRASIL. **Lei nº 10.211, sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento**, de 23 de março de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110211.htm

BRASIL. **Lei nº10.406, institui o Código Civil Brasileiro**, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: [L10406compilada \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/leis/19406compilada.htm)

BRASIL. **Lei nº14.443, Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar**, de 2 de setembro de 2022. Disponível em: [L14443 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/leis/2022/09/02/leis_14443.htm)

BRAZ, Marlene. Bioética e Reprodução Humana. In: SCHRAMM; Fermin Roland; BRAZ, Marlene (Orgs.), **Bioética e Saúde, novos tempos para mulheres e crianças?** Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005, pp. 169-194

CAMPOS, Camila Azalim de, et. al. Transplante Uterino como Alternativa Terapêutica para Infertilidade de Fator Uterino: Uma Revisão Sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, ISSN 2178 - 2091, v. 12, Minas Gerais, p. 1-9, 2020.

CARVALHO, Margarida Teixeira Farias Meira de. **Transplante Uterino**. 2015/2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29022/1/MargaridaTCarvalho.pdf>

CENCI, Ana Righi; BEDIN, Gabriel de Lima; FISCHER, Ricardo Santi. Do liberalismo ao intervencionismo: O Estado como protagonista da (des)regulação econômica. Constituição, Economia e Desenvolvimento: **Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional**. Curitiba, 2011, vol. 3, n. 4, Jan/Jun. p. 77-97.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº1.480**, de 21 de agosto de 1997. Disponível em: [TERMO DE ATESTO \(cfm.org.br\)](http://www.cfm.org.br/termos-de-atesto/1480)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº2.173**, de 15 de dezembro de 2017. Disponível em: [TERMO DE ATESTO - 2173 2017.pdf \(cfm.org.br\)](http://www.cfm.org.br/termos-de-atesto/2173)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº2.294**, de 15 de junho de 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº2.320**, de 20 de setembro de 2022. Disponível em: [2320_2022.pdf \(cfm.org.br\)](http://www.cfm.org.br/termos-de-atesto/2320)

COELHO, Ana Flávia Viana Campello de Melo Bandeira; COSTA, Anelise Krause Guimarães; LIMA, Maria da Glória. Da ética principialista para a bioética de intervenção: sua utilização na área da saúde. **Tempus: actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 4, p. 239-253. dez/2013. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/18525>. Acesso em: 1 jul. 2024

COELHO, Gustavo Henrique de Freitas; BONELLA, Alcino Eduardo. Doação de Órgãos e Tecidos Humanos: a Transplantação na Espanha e no Brasil. **Revista Bioética**, ISSN 1983-8034, v. 7, n. 3, Brasília, jul./set. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019273325.

CRENSHAW, Kimberlé. **Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color**. 1993. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/mapping-the-margins15-intersectionalityidentity-politics-and-violence-against-women-ofcolorkimberlecrenshaw1>.

CUNHA, Leandro Reinaldo da. Do desprezo da vontade da pessoa quando da doação de órgãos *post mortem*. **Revista Conversas Civilísticas**, v. 3, n.2, Jul/Dez 2023

CUNHA, Leandro Reinaldo da. O paradigma masculino no direito das mulheres- parte I. **Revista Migalhas n. 6.021**. Direito e Sexualidade. 2024. Disponível em: [O paradigma masculino no direito das mulheres – Parte I - Migalhas](#). Acesso em: jan 2025

CUNHA, Leandro Reinaldo da. O paradigma masculino no direito das mulheres- parte II. **Revista Migalhas n. 6.021**. Direito e Sexualidade. 2024. Disponível em: [O Paradigma Masculino no Direito das Mulheres - Parte II - Migalhas](#). Acesso em: Jan 2025

DINIZ, Débora. O Útero Artificial. Atlan H. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 128 pp. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5), pp. 1237-1244, mai, 2007

DINIZ, Débora. Bioética e gênero. **Revista bioética**. V.16, n. 2. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/68. Acesso em 16 mai. 2024

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. Bioética Feminista: o Resgate Político do Conceito de Vulnerabilidade. **Revista bioética**, v.7, n. 2. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/310. Acesso em: 26 mai. 2024

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. La Bioética Y Las Mujeres em America Latina: Um ensayo biográfico Y Genealógico. In: CASADO, María; ROYES, Albert (Coords.), **Sobre Bioética y Género**, 1 ed., 2012, Editorial Aranzadi, Civitas, pp. 47-57

FERREIRA, Isabelle Ramalho, et. al. Doação e Transplante de Órgãos na Concepção Bioética: Uma Revisão Integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 190-203, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.1951>.

GARRAFA, Volnei. Da Bioética de principios a uma Bioética Interventiva. **Revista Bioética**. UNB. v. 13, n. 1, p. 125-134. 2005. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/24286>. Acesso em: 1 jul. 2024

GARRAFA; Volnei. MARTORELL, Leandro Brambilla; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. Críticas ao principalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.2, p. 442-451. 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016150801

GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo. Maternidade de substituição e a lacuna legal: questionamentos. **Civilista.com**, a. 5, n.1, 2016

HOSSNE, William Saad. Bioética- ponte para liberdade. **Bioeikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 1, n. 1, p. 99-104, 2007. Disponível em: [Revista Ed 01.qxp \(saocamilo-sp.br\)](#). Acesso em: 1 jul. 2024

HUERTAS, Carolina. Doação de Órgãos no Brasil. **Revista Resgates**, p. 71-78, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273325>.

KUHNEN, Tânia. Autonomia na bioética médica: a resposta do princípalismo de Beauchamp e Childress à crítica de O'Neill ao triunfo da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v.8, n. 1-4, 2012. DOI: <https://doi.org/10.26512/rbb.v8i1-4.8156>

LAMM, Eleonora. **Gestación por Sustitución Ni Maternidade subrogada ni alquiler de vientres**. Colección de bioética, Observatori de Bioètica i Dret, Catedra UNESCO de Bioètica de La Universitat de Barcelona

LÔBO, Paulo Luiz Netto. Constitucionalização do Direito Civil. In: NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de (Coords.). **Direito Civil: atualidades**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003. pp. 197-217. Disponível em: [\(17\) Constitucionalização do direito civil | Paulo Lobo - Academia.edu](#).

LUGONES, Maria. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014. Disponível em: [SciELO - Brasil - Rumo a um feminismo descolonial Rumo a um feminismo descolonial](#). Acesso em: 05 jun. 2024

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: La metáfora de las capas. **Jurisprudencia Argentina**, IV, fascículo n.1, 2008, pp. 60-67

LUNA, Florencia. Y Pasó Un Decenio: Reproduccion Asistida Y sabor Local Contexto Y Mujer em Latinoamerica, In: CASADO, María; ROYES, Albert (Coords.), **Sobre Bioética y Género**, 1 ed., 2012, Editorial Aranzadi, Civitas, pp. 215-230

MARINHO, Alexandre. Transplantes de órgãos no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n.3, p. 120-122, nov. 2010/ fev 2011.

MARTIM, Marília Mendes Paz. **A doação de órgãos mediante o consentimento presumido: Projeto de Lei n/ 3.176/2019**. 2020 TCC. Centro Universitário de Brasília- UniCEUB. Brasília. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14938>.

MARTIA, Ana Lúcia de, et. al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethics**, p. 66-74, 2010. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/73/66a74.pdf>

MAYNARD, *et al.* Os Conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo. v. 16, n.3, p. 122-144. nov 2015/fev. 2016. DOI: DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v16i3p122-144>.

MEIRELLES *et al.* A compreensão das dimensões da vulnerabilidade humana nas situações jurídicas existenciais: Uma perspectiva a partir da autonomia. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, v. 25, n. 49, 2022.

MORAES, Laura Xavier de et. al. Planejamento familiar: dilemas bioéticos encontrados na literatura. **Revista Bioética**, v. 29, n. 3, Brasília, Jul/set. 2021. Disponível em: [SciELO - Brasil - Planejamento familiar: dilemas bioéticos encontrados na literatura Planejamento familiar: dilemas bioéticos encontrados na literatura](#). Acesso em: 05 jun. 2024

MORAES, Maria Celina Bodin de; CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. **Revista de Ciências Jurídicas**, Universidade de Fortaleza, v. 19, n. 3, Fortaleza, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5020/23172150.2012.779-818>

MOTTA, Oswaldo Jesus Rodrigues da; PAULO, Arthur Santana de. Bioética e o principlalismo de Beauchamp e Childress: noções, reflexões e críticas. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n. 2, p. 2436-2448. Mar/Abr. 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n2-093.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research**. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978. Disponível em: [The Belmont Report | HHS.gov](https://www.fda.gov/oc/ohrt/belmont-report)

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Por uma bioética da diversidade. **Revista de Bioética Y Derecho**, Universidade de Barcelona, n. 27, enero, 2013, pp. 58-68, Barcelona. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339729006>. Acesso em: nov. 2024

NUREMBERG. **Código de Nuremberg**. 1946. Disponível em: [Centro de Bioética \(bioetica.org.br\)](https://www.bioetica.org.br/).

OLAUSSON, Michael et al. Ethics of uterus transplantation with live donors. **Fertility and Sterility**. V. 102, n. 1, Jul 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.03.048>.

OLIVEIRA, Cheila Aparecida; LIMA, Bianca Dalvit. O direito ao livre planejamento familiar e a doação de útero. **Cadernos de Direito**, Piracicaba, v. 16, p. 447-479, jul/dez. 2016. ISSN Impresso: 1676-529-X. Disponível em: [Cad-Dir_n.31_21.pdf \(mpsp.mp.br\)](https://www.mpsp.mp.br/portal/ver/publicacao/1676-529-X-Cad-Dir_n.31_21.pdf). Acesso em: 05 jun. 2024

OLIVEIRA, Lucas Costa de. **Gametas como mercadorias: a superação dos desafios ético-jurídicos da modificação de gametas humanos**. 2021. Tese (Doutorado Direito), Universidade Federal de Minas Gerais.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

PAIVA, Maiara Peixoto, et. al. O Transplante de Útero no Tratamento da Infertilidade Feminina. **Brazilian Journal of Development**, ISSN 2525 - 8761, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 37790-37797, apr. 2021. DOI: [10.34117/bjdv7n4-306](https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-306).

PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sergio; SCRHAMM, Fermin Roland. Ética em Pesquisa na Área Materno-Infantil. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene (Orgs.), **Bioética e Saúde, novos tempos para mulheres e crianças?** ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005, pp. 139-168

PESSALACIA; CORTES; OTTONI. Bioética e Doação de Órgãos no Brasil: aspectos éticos na abordagem à família do potencial doador. **Revista Bioética**. v.19, n.3. 2011. p. 671-682. Conselho Federal de Medicina. Brasília. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533257006>.

PIRES, Teresinha Inês Teles. Liberdade de consciência, liberdade de crença e pluralismo político. **Revista de informação legislativa**. Brasília, a.49, n. 195, Jul/Set 2012.

PRATES, Agnes Natália Santana Rodrigues Nunes. **A vulnerabilidade das gestantes negras no sistema de saúde pública do Brasil: O racismo obstétrico**. 2023. Dissertação (Mestrado Direito). Universidade Federal do Estado da Bahia. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/39250>

RAHOLA, Rosa Ros; REISEN, Hildegard Mausbach; PUIGPELAT, Neus Prat. Derechos Sexuales Y Reproductivos. In: CASADO, María; ROVES, Albert (Coords.), **Sobre Bioética y Género**, 1 ed., 2012, Editorial Aranzadi, Civitas, pp. 141-153

RECKZIEGEL; FABRO. Autonomia da Vontade e Autonomia Privada no Sistema Jurídico Brasileiro. **Revista de Direito Brasileira**. ano 4, v. 8. mai/ago. 2014. DOI <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2014.v8i4.2888>

ROCHA, Andréa Pires, et al. Direitos Humanos e Proteção à Infância e Juventude: Miradas a partir do sol. SOUZA, Andrea Santana Leone; QUEIROZ, Atauan Soares de; REIS, Cacilda Ferreira dos; GUEDEZ, Marilde Queiroz (org). **Vida Insubmissa, pensamento transgressor**. Universidade Federal do Oeste da Bahia. 2023.

ROBLES, Maria Valle. GESTACIÓN SUBROGADA, TRASPLANTE DE ÚTERO Y ÚTERO ARTIFICIAL: APROXIMACIONES DESDE EL BIODERECHO. **Cuadernos de Bioética**. 2021; 32(105): 213-223, 2021. DOI: 10.30444/CB.99

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito**. 6 ed. Indaiatuba, São Paulo. Editora Foco. 2023

SÁ, Maria de Fátima Freire de; OLIVEIRA, Lucas Costa de. Mercado regulado de órgãos: Uma possibilidade contra o tráfico? **Quaestio Iuris**, v. 10, n.1, Rio de Janeiro, 2017, pp. 434-453. DOI: 10.12957/rqi.2017.22052.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; OLIVEIRA, Lucas Costa de. Escassez de órgãos e clonagem terapêutica: uma conexão possível? **Revista Iberoamericana de Bioética**, n.3, pp. 1-13, 2017. DOI: 0.14422/rib.i03.y2017.007.

SALDANHA, Rafael. **Hospital faz primeiro transplante de útero entre pessoas vivas na América Latina**. CNN. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/hospital-faz-primeiro-transplante-de-utero-entre-pessoas-vivas-na-america-latina/#:~:text=O%20primeiro%20transplante%20de%20C3%BAtero,um%20C3%BAtero%20tra%20nspplantado%2C%20em%202014>. Acesso em: nov. 2024

SANTOS, Isadora de Sena Nogueira dos; MEIRELLES, Ana Thereza. **Gestação Ectogênica: Reflexões biojurídicas sobre a geração de filhos por útero artificial**. VII Encontro Virtual do CONPEDI. 2024. p. 120-136. Disponível em: <5WmD131KGyl3rG5O.pdf> (conpedi.org.br)

SARAIVA, Ana Karinne de Moura; ALMEIRA, Maria Conceição Xavier de. A fabricação dos humanos: Questões éticas e políticas. **Revista Educação em Questão**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 39, n. 25, set/dez, 2010, pp. 259-263. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=563959971012>. Acesso em: nov. 2024

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2013, p. 15-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.62530%2Frbdc.v9i1.137>.

SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene (Orgs.), **Bioética e Saúde, novos tempos para mulheres e crianças?** ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005, pp. 39-66

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**. 22 (5), p. 1531-1538. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.04532017.

SCHUTZ, Gabriel Eduardo; SCHRAMM, Fermim Roland. Alocação de Recursos na Assistência Materno-Infantil. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene (Orgs.), **Bioética e Saúde, novos tempos para mulheres e crianças?** ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005, pp. 105-124

SILVA, Ana Flávia Garcia; CARVALHO, Luiz Fernando Pina. A meta-analysis on uterine transplantation: redefining the limits of reproductive surgery. **Revista Assoc Med Brasil**. 2016; 62(5), p. 474-477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.05.474>.

SILVA NETTO, Manuel Camelo Ferreira da; DANTAS, Carlos Henrique Félix; LÔBO, Fabíola Albuquerque. De onde vêm os bebês? Útero artificial, bioética e direito: os possíveis impactos da ectogênese no campo da filiação – uma análise a partir do contexto jurídico brasileiro. **Revista Bioética Y Derecho**, n.51, p. 283-298, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1344/rbd2021.51.31258>

SILVEIRA, Paulo Vitor Portella, et. al. Aspectos Éticos da Legislação de Transplante e Doação de Órgãos no Brasil. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 61-75, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/80

SOUZA, Iara Antunes. Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil na perspectiva do feminismo decolonial. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 12, n. 1, jan/mar 2023. Disponível em: [Vista do Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil na perspectiva do feminismo decolonial \(fiocruz.br\)](#). Acesso em: 05 jun. 2024

SOUZA, Maria Gabriela Fernandes de; FARIAS, Robson Fernandes de. Doação de Órgãos no Brasil: Sua Evolução no Período 2001-2018, algumas Correlações Socioculturais e uma Equação Empírica. **Mens Agitat**, v. 14, p- 67-70, ISSN 1809-4791, 2019. Disponível em: [\(PDF\) Doação de órgãos no Brasil: sua evolução no período 2001-2018, algumas correlações socioculturais e uma equação empírica \(researchgate.net\)](#)

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RODRIGUES, Renata de Lima. A travessia da autonomia da mulher na pós-modernidade: da superação de vulnerabilidades à afirmação de uma pauta positiva de emancipação. **Pensar Revista de Ciências Jurídicas**, Fortaleza, v, 23, n.3, jul/set 2018, DOI: 10.5020/2317-2150.2018.7777.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil - RBDCivil**, Belo Horizonte, v. 16, p. 75-104, abr./jun. 2018. Acesso em: 12 nov. 2024

TERAOKA, Thiago Massao Cortizo. **A liberdade religiosa no Direito Constitucional Brasileiro**. Tese de Doutorado. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-21062011-095023/publico/liberdade_religiosa_completa.pdf.

TRIGUEIRO, Gustavo Machado, et. al. Doação e Transplante de Órgãos: Conceito e Legislação no Âmbito Médico. **Revista Interação Interdisciplinar**, v. 4, n. 1, p. 24-35, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://publicacoes.unifimes.edu.br:443/index.php/interacao/article/view/885>. Acesso em: 29 set. 2024.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em: [Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - UNESCO Digital Library](#)

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [1]: 65-93, 2009.

VILLEGAS, Felipe Castro. **Padronização da Captação de Útero e Cirurgia de Bancada de Doadora Falecida para Transplante**. 2021.Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina,

Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5168/tde-07012022-132429/publico/FelipeCastroVillegas.pdf>.

XAVIER, Isabel Maria Alves de Aguiar; CORDEIRO, Joyce Modesto; SOUZA, Luan Kelves Miranda de. Aspectos Imunológicos Associados ao Transplante Uterino: Inovação Cirúrgica no Tratamento da Infertilidade do Fator Uterino. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, ISSN 2525 - 3409, 2021. DOI: [10.33448/rsd-v10i8.16657](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.16657)