

Sífilis congênita e recusa terapêutica da gestante: análise jurídica e bioética

Gabriela Rodrigues de Menezes¹, Ailton Marques Rosa Filho¹, Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz¹

1. Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados/MS, Brasil.

Resumo

A infecção congênita pela sífilis é uma doença que, apesar dos esforços públicos, ainda se mantém na rotina do sistema de saúde. Embora haja métodos de prevenção efetivos e muito disseminados, tratamento com alto custo-benefício e disponível no Sistema Único de Saúde, além de assistência pré-natal com alta cobertura, as taxas epidemiológicas da enfermidade continuam relevantes e preocupantes. Uma das barreiras à erradicação desse cenário é a recusa terapêutica da genitora. Com isso, indagações importantes são levantadas, como a responsabilidade médica em relação à recusa, a responsabilidade da gestante para com o nascituro e as implicações jurídicas que perpassam essa problemática. O propósito deste artigo é responder a essas questões e suas repercussões bioéticas e jurídicas.

Palavras-chave: Feto. Sífilis congênita. Relações materno-fetais. Cooperação e adesão ao tratamento. Direitos do paciente.

Resumen

Sífilis congénita y rechazo terapéutico por las mujeres embarazadas: análisis legal y bioético

La sífilis congénita es una enfermedad que aún sigue en la rutina del sistema de salud a pesar de los esfuerzos públicos. Aunque existen métodos de prevención efectivos y generalizados, los tratamientos con alto costo-beneficio y disponibles en el Sistema Único de Salud, además de la atención prenatal con alta cobertura, las tasas epidemiológicas de la enfermedad siguen siendo relevantes y preocupantes. Una de las barreras para su erradicación es el rechazo terapéutico de la madre. Por lo tanto, se plantean cuestiones importantes, como la responsabilidad médica con relación al rechazo, la responsabilidad de la mujer embarazada por el feto y las implicaciones legales que impregnan este problema. El propósito de este artículo es responder a estos interrogantes y sus repercusiones bioéticas y legales.

Palabras clave: Feto. Sífilis congénita. Relaciones materno-fetales. Cumplimiento y adherencia al tratamiento. Derechos del paciente.

Abstract

Congenital syphilis and treatment refusal by pregnant women: a bioethical and legal analysis

Despite public policies, congenital syphilis infection remains a reality in the health system routine. Moreover, its epidemiological rates continue to be relevant and worrisome despite widespread and effective preventive methods, highly cost-effective treatments available in the Unified Health System, and high-coverage pre-natal care. A major obstacle to eradicating this scenario is treatment refusal by the progenitor. Important questions regarding medical responsibility in relation to refusal, the pregnant woman's responsibility towards the unborn child, and the legal implications involved arise from this context. This article seeks to answer these questions and their legal and bioethical repercussions.

Keywords: Fetus. Syphilis, congenital. Maternal-fetal relations. Treatment adherence and compliance. Patient rights.

Declararam não haver conflito de interesse.

A sífilis é uma doença infecciosa de caráter sistêmico que pode ser transmitida por contato sexual ou via vertical (materno-fetal)¹⁻³. Se não tratada, pode evoluir cronicamente e provocar danos irreversíveis ao indivíduo acometido⁴.

No Brasil, em 2019, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)⁵, foram notificados quase 153 mil casos de sífilis adquirida, aproximadamente 61 mil casos de sífilis em gestantes e mais de 24 mil casos de sífilis congênita (transmitida da gestante infectada para o feto). Em cerca de 40% dos casos, a infecção materna pode resultar em perda fetal por aborto espontâneo, natimortalidade e óbito^{6,7}. Naquele mesmo ano, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,2 casos para 1.000 nascidos vivos, e a prevalência de sífilis em gestantes, 1,6%^{3,5}. Além disso, entre 1998 e 2019, foram registrados 2.768 óbitos por sífilis congênita em menores de um ano⁵.

Estima-se que 60% a 90% dos recém-nascidos com sífilis congênita não apresentem manifestações clínicas no nascimento⁸. Entretanto, a sífilis congênita precoce, manifestada até os 2 anos de idade, pode ocasionar prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões mucocutâneas, anormalidades ósseas, hepatoesplenomegalia, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, rinite serosanguinolenta, acometimento do sistema nervoso central, anemia, icterícia e linfadenopatia generalizada. A forma tardia da doença, após os 2 anos, manifesta-se por lesões osteoarticulares, deformidades dentárias, surdez neurológica, ceratite intersticial, hidrocefalia e retardo mental^{2,9}.

Para prevenir a sífilis congênita, é necessário tratar adequadamente a gestante infectada e seu parceiro, o que implica garantir acesso ao cuidado pré-natal⁹. Este possibilita detectar precocemente a doença na gestação, permitindo instituir a terapêutica adequada e impedindo a transmissão materno-fetal^{10,11}. Nessa perspectiva, o Ministério de Saúde construiu, ao longo de décadas, políticas públicas direcionadas ao combate da sífilis congênita, por meio da assistência e do acompanhamento pré-natal¹².

No Sistema Único de Saúde (SUS), o acompanhamento pré-natal é responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e deve ser iniciado até a 12^a semana de gestação³. Para os casos de sífilis, a gestante é considerada adequadamente tratada se finalizar o tratamento com penicilina até pelo

menos 30 dias antes do parto, de acordo com o estágio da doença materna, sendo o parceiro tratado concomitantemente^{13,14}.

Contudo, a adesão ao pré-natal não tem se mostrado plena, de modo que em 2018, entre as mães das 26.531 crianças diagnosticadas com sífilis congênita, 13,4% não o tinham realizado⁵. Ainda, sobre o tratamento materno, apenas 5% receberam tratamento adequado, 55,1% foram tratadas inadequadamente, 26,5% não realizaram tratamento e 13,3% foram ignoradas⁵.

Não somente a ausência de acompanhamento pré-natal, mas o retardo em seu início submetem o nascituro a potenciais riscos à saúde, como maior tempo de exposição ao *Treponema pallidum*, aumentando o risco de complicações^{6,13}. Em adição, a recusa ao tratamento da sífilis pela gestante constrói um cenário mais grave, visto que, dependendo da fase clínica da doença, o risco de transmissão pode chegar a 100%^{15,16}.

Na relação materno-fetal, o médico deve considerar as implicações de sua conduta e dos procedimentos empregados tanto para a gestante quanto para o nascituro, avaliando os riscos para ambas as vidas, observando os princípios bioéticos de beneficência e não maleficência^{17,18}.

A atuação médica responsável é fundamental para garantir os direitos do nascituro, já que o profissional está em contato próximo com a gestante e detém instrumentos técnicos para avaliar a saúde materna e fetal, exercendo importante papel nos possíveis conflitos desse binômio¹⁸⁻²¹.

Diante da gravidade dos danos provocados pela sífilis, que podem vitimar o nascituro, e da elevada incidência de sífilis na gestação, persistem as dúvidas a seguir:

- Qual a responsabilidade do médico na assistência à saúde da gestante e do nascituro em uma eventual recusa terapêutica materna?
- Quais as responsabilidades da gestante para com o nascituro?
- Quais as implicações jurídicas (para médico e paciente) perante a ausência voluntária da paciente ao acompanhamento pré-natal ou diante da recusa terapêutica em casos de sífilis?

Este artigo tem o objetivo de discutir a recusa terapêutica da gestante, especialmente nos casos de sífilis, e as repercussões bioéticas do conflito materno-fetal. Pretende-se, ainda, apontar os

direitos do nascituro, a responsabilidade da gestante para com o conceito e a responsabilidade médica segundo a legislação brasileira nessa situação.

A relevância do tema para a saúde pública, aliada à escassa literatura científica acerca dos deveres dos participantes do desenvolvimento saudável do feto, justifica essa discussão, permitindo sanar eventuais dúvidas de profissionais de saúde a respeito do assunto.

Método

Trata-se de revisão narrativa da literatura, a partir de levantamento bibliográfico on-line nas bases de dados SciELO, Google Acadêmico e LILACS, em documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), na legislação brasileira e em livros acadêmicos. Os descritores utilizados foram: “direitos do nascituro”, “sífilis congênita”, “*maternal-fetal conflict*”, “*fetal patient*”, “*congenital syphilis*” e “*refusal of treatment*”.

Os critérios para inclusão foram: 1) disponibilidade eletrônica do texto completo; 2) publicação em língua portuguesa ou inglesa; e 3) textos publicados entre 2000 e 2020. A pesquisa retornou 219 artigos, dos quais 20 atendiam aos critérios propostos. Após a leitura exploratória, seletiva e interpretativa do arsenal literário acumulado, os dados foram analisados. As informações construídas foram apropriadamente referenciadas e citadas, respeitando os aspectos éticos e preservando a autenticidade das opiniões.

Resultados e discussão

Recusa terapêutica e o conflito materno-fetal

A recusa terapêutica é a objeção do paciente ao tratamento médico necessário e decorre do princípio de autonomia da vontade. Assim, o paciente maior e capaz pode declinar do tratamento proposto para seu caso.

O entendimento e o respeito a esse princípio já se encontram consolidados na prática médica, como confirmam alguns artigos do Código de Ética Médica (CEM)²². Entretanto, em situações que envolvem menores ou incapazes, ainda não há consenso sobre qual princípio deve prevalecer:

autonomia ou beneficência. No que se refere à sífilis, essa discussão, evidenciada durante o acompanhamento pré-natal, surge quando a gestante recusa a terapia ou negligencia sua prática, colocando em risco a vida do nascituro.

Para minimizar os riscos de recusa ou negligência terapêutica, é fundamental o pré-natal abrangente e efetivo, de modo a garantir o acolhimento e o acompanhamento da gestante, a realização de exames diagnósticos, a oferta do tratamento adequado e a vinculação da paciente à unidade de saúde e à maternidade^{9,23}. No Brasil, apesar dos avanços na assistência nessa fase da vida da mulher, os números da sífilis gestacional e congênita permanecem preocupantes.

Em coorte nacional realizada entre 2011 e 2012 com 23.894 gestantes, obteve-se prevalência de 1,02% de sífilis na gestação, com índice maior em grávidas que não fizeram o acompanhamento (2,5%) e que utilizaram o serviço público na atenção ao parto (1,37%)²⁴. Quanto à sífilis congênita, entre 2011 e 2012, a incidência estimada foi de 3,51 casos por 1.000 nascidos vivos. Foram identificados 246 casos de sífilis gestacional e 84 casos de sífilis congênita, com taxa de transmissão vertical estimada em 34,3%²⁵.

A realidade da doença no país é agravada pela recusa ou omissão de gestantes ante o tratamento apropriado. Em estudo de metanálise e revisão sistemática, Gomez e colaboradores²⁶ analisaram as estimativas de resultados adversos da gravidez entre gestantes com sífilis não tratada e gestantes sem sífilis. O percentual de eventos adversos da gestação em grávidas sífilíticas alcançou 66,5%, ao passo que em grávidas sem sífilis chegou a somente 14,3%.

As mortes neonatais e a mortalidade durante o primeiro ano de vida apresentaram maior frequência em gestantes sífilíticas não tratadas em comparação àquelas sem a doença, mostrando-se 9,3% e 10% mais frequentes, respectivamente. Em adição, mortes fetais e natimortalidade também evidenciaram maior frequência em grávidas com sífilis não tratada, alcançando estimativa de 25,6%, em comparação a 4,6% naquelas sem sífilis. Prematuridade ou baixo peso ao nascer também foram mais frequentes em filhos de gestantes com a doença em comparação aos de mães sem sífilis (frequência 5,8% maior)²⁶.

Ohel e colaboradores²⁷ compararam a ocorrência de efeitos adversos durante a gestação e o

parto entre gestantes que não se submeteram ao tratamento e aquelas que o fizeram. Entre outras, as seguintes complicações obstétricas durante a gestação e o parto foram maiores para a população de grávidas que recusaram intervenções médicas em relação ao grupo-controle: parto prematuro (18,6% para 8,1%), malformações fetais (8,2% para 4,1%), mortalidade perinatal total (3,3% para 1,5%), descolamento prematuro de placenta (1,8% para 0,8%), mortalidade intraparto (0,8% para 0,1%) e hemorragia pós-parto (0,8% para 0,4%). Os autores consideraram a recusa terapêutica em obstetria um fator de risco independente para a ocorrência de complicações gestacionais e durante o trabalho de parto²⁷.

Além de ser uma questão relevante para a saúde pública, a recusa terapêutica pela gestante repercute questões bioéticas, éticas e jurídicas, de modo que, apesar dos interesses maternos e fetais coincidirem na maioria dos casos, há situações em que eles divergem e, assim, emerge o conflito materno-fetal^{18,21}. Situações conflitantes podem ocorrer quando a gestante adota cuidados de saúde a partir de escolhas próprias, comportamentos e hábitos de vida ou se expõe a risco ocupacional. Tais conflitos podem surgir em qualquer momento do acompanhamento pré-natal e afetar o bem-estar fetal – por exemplo, uso de drogas e álcool, práticas sexuais de risco e recusa em aderir a recomendações médicas²⁸⁻³¹.

Flagler, Baylis e Rodgers²⁸ afirmam que, embora os conflitos materno-fetais sejam limitados à mãe e ao feto, o conflito real acontece entre gestante e equipe de saúde. Para Oberman³⁰, o médico, ao aplicar uma conduta com base “no interesse fetal”, assume posição não neutra na manutenção da situação conflitante e, com isso, passa a exercer papel central nesse contexto.

Segundo Beauchamp e Childress³², na relação médico-paciente, geralmente os conflitos materno-fetais estabelecem um contraste entre dois princípios da bioética: autonomia da gestante e beneficência do feto³³. Para Fasouliotis e Schenker¹⁸, colocar a beneficência do feto à frente da autonomia materna compromete não somente a própria autonomia da gestante, como também sua beneficência. Os autores afirmam que, ao aplicar personalidade plena ao feto, a gestante pode ter controle e liberdade de seu corpo legalmente limitados, visto que ela é capaz de causar danos ao feto.

Ou seja, ao igualar o *status* moral do feto ao da gestante, a recusa a um tratamento médico recomendado pode ser invalidada se esse ato causar mais dano ao feto do que à própria gestante. Pontuam, ainda, que a sobreposição da beneficência do feto detém justificativa embasada na condição de que as obrigações morais são mais importantes para aqueles com maior necessidade. Por fim, argumentam que o Estado pode impor a execução das obrigações da gestante, uma vez que tem interesse na proteção das futuras crianças¹⁸.

Chervenak e McCullough³⁴ consideram o princípio da beneficência o responsável por resguardar os interesses do feto em detrimento das decisões maternas. Afirmam que o feto viável se apresenta como paciente no momento em que está diante do médico. A viabilidade fetal é mais um agravante para que se obtenha consenso sobre os conflitos materno-fetais.

Segundo Pinkerton e Finnerty³⁵ essa questão é a base para estabelecer fundamentos éticos acerca do paciente fetal. Contudo, para resolver essa pendência, é necessário emitir posições médicas e científicas a respeito do início da vida e do desenvolvimento de características biológicas do embrião, questões que ainda continuam não definidas³⁶.

Oduncu e colaboradores³⁷ resumem os conflitos materno-fetais em quatro tipos: 1) entre as obrigações médicas baseadas na beneficência materna e as fundamentadas na beneficência fetal; 2) entre as obrigações maternas com base na beneficência fetal e obrigações médicas apoiadas na beneficência fetal; 3) entre as obrigações médicas com fundamento na autonomia materna e aquelas baseadas na beneficência fetal; e 4) entre as obrigações médicas com base na autonomia materna e aquelas apoiadas na beneficência materna.

Abordagem semelhante à encontrada no Brasil é apresentada por Tran¹⁷, que descreve três métodos para lidar com os conflitos materno-fetais. O primeiro aplica ao feto os mesmos direitos de uma criança, de modo que o médico passe a atender dois pacientes individualmente. Com isso, o feto tem direitos plenos voltados a sua proteção, os quais podem comprometer a autonomia da gestante.

O segundo método considera que o feto não tem direitos e, logo, não detém estatuto moral desvinculado da mãe, adquirindo-o somente no nascimento. Com isso, a gestante é amparada legalmente a recusar quaisquer tratamentos ou

intervenções, com aceitação plena pela equipe de saúde. Por fim, o terceiro método concede direitos ao feto conforme o avanço da gestação, ou seja, quanto mais próximo do termo gestacional estiver, mais direitos ele terá em relação ao começo da gestação. Contudo, o médico não é obrigado a recorrer a uma intervenção judicial para aplicar um tratamento adequado à gestante em recusa¹⁷.

Diante da recusa de intervenções médicas pela gestante, antes de recorrer a opiniões externas, os médicos devem conversar com ela, buscando encontrar e identificar os motivos de seu posicionamento, como desconhecimento, medo, crenças religiosas e pessoais e pressões psicológicas^{28,36}. A equipe de saúde envolvida nos cuidados pré-natais desempenha importante papel diante do binômio mãe-feto, uma vez que é capaz de dirigir condutas individualizadas a cada gestante-paciente²⁶.

Para Hollander e colaboradores³⁸, a comunicação médico-paciente representa a melhor solução para os impasses durante o pré-natal. Cabe ao médico respeitar, aconselhar e ser honesto sobre riscos e benefícios de determinadas intervenções, e, ao final, se uma resolução não for alcançada, a autonomia da paciente deve ser respeitada. Outrossim, ao iniciar um processo judicial contra a gestante, a relação médico-paciente é comprometida, o que a faz perder a confiança no profissional de saúde, visto que este considerou interesses próprios e independentes dos dela³⁹.

Dickens e Cook³⁹ afirmam que o feto não é um paciente de fato, na medida em que está vinculado ao corpo de sua mãe e não pode ser tratado sem afetá-la. Apesar disso, os autores pontuam que a reivindicação da condição de paciente ao feto pode beneficiar interesses envolvidos no cuidado pré-natal, já que o objetivo é promover o desenvolvimento e o nascimento saudáveis do feto.

Ainda de acordo com Hollander e colaboradores³⁸, assim como o feto tem direito a proteção, a gestante também tem direito a autonomia, integridade corporal e liberdade. Assim, não é eticamente aceito infringir a integridade física desta para benefício de outro, sobretudo quando este ainda não nasceu. Para analisar a posição do profissional de saúde diante do cuidado pré-natal, Brooks e Sullivan⁴⁰ pontuam que é improvável o médico ser responsabilizado por danos fetais decorridos de decisões maternas diante da autonomia conferida

à gestante. Contudo, afirmam que o médico é civilmente responsável pelos danos fetais provocados por sua negligência durante a execução de procedimentos médicos.

Fost⁴¹ descreve quatro condições para justificar a instituição de tratamentos médicos diante da recusa da gestante: 1) há alta probabilidade de o feto nascer com vida; 2) há alta probabilidade de ocorrerem danos físicos graves ao feto, caso a terapêutica não seja aplicada; 3) há alta probabilidade de esses danos serem evitados utilizando o tratamento recomendado; e 4) há baixa probabilidade de danos graves à mãe ao se submeter à intervenção preconizada.

Contrariamente, e a despeito das convicções acerca da gravidade dos danos provocados pela ausência de determinada intervenção médica, Deprest e colaboradores⁴² afirmam que o médico deve respeitar a autonomia da gestante e, conseqüentemente, suas decisões. No entanto, se ela solicita ao médico a realização de procedimento de benefício incerto ou de risco significativo ao feto, o profissional pode recusar-se a realizá-lo porque a gestante não tem direito a tratamento que não é clinicamente justificável. Posicionamento semelhante é adotado por Harris³³, que entende que a gestante não tem obrigação legal de cuidar de seu conceito, podendo ter apenas dever moral e ético para com ele.

Na mesma linha de pensamento, Dickens e Cook³⁹ descrevem médicos que favorecem os interesses fetais e desconsideram a vontade das gestantes como “traidores” de seus verdadeiros pacientes e de suas responsabilidades profissionais, classificando como má conduta médica o ato de instituir tratamentos às grávidas sem o consentimento destas. Enfatizam, ainda, que a responsabilidade legal aplicada a conduta médica negligente que provoque danos à integridade física ao feto, caso este apresente lesões resultantes da negligência ao nascerem, é a mesma que incidiria a qualquer indivíduo nessa situação. Além disso, mesmo se nascer com vida, a criança pode morrer em decorrência desses danos.

Pinkerton e Finnerty³⁵ estabelecem um caminho ético a ser trilhado pelo médico perante mulher grávida capaz que recusa algum cuidado em saúde pré-natal. O esclarecimento da gestante acerca da intervenção proposta é o primeiro passo

a ser dado pelo médico, e também tem a finalidade de obter o consentimento informado da paciente.

Os segundo e o terceiro passos, caso necessários, consistem em buscar orientação em comissões de ética institucionais, que terão a responsabilidade de procurar aconselhamento administrativo e jurídico por intermédio das autoridades hospitalares. Se, ao final, a gestante continuar persistente em seu posicionamento, é aconselhável respeitar sua decisão, dada sua autonomia.

Strong⁴³, ao analisar conclusões éticas levantadas em tribunais para imposição de tratamentos indicados a fetos de gestantes capazes, relata que o tratamento médico ordenado judicialmente à gestante para seu feto é justificável em circunstâncias raras e excepcionais: se houver motivos convincentes para anular a autonomia materna e riscos insignificantes do tratamento imposto para a saúde da paciente.

Adams, Mahowald e Gallagher⁴⁴ pesquisaram a concordância ou não de obstetras a respeito de conflitos em relação a cuidados pré-natais. A afirmação “todo esforço deve ser feito para proteger o feto, mas a autonomia da gestante deve ser respeitada” alcançou 95% de concordância entre os entrevistados, ao passo que “um feto não tem direitos maiores aos de uma pessoa que já nasceu” obteve 87% de concordância.

Os resultados divulgados estão de acordo com as recomendações trazidas pelo American College of Obstetricians and Gynecologists⁴⁵. Segundo elas, médicos devem respeitar a capacidade decisória da gestante em recusar tratamentos recomendados por eles e atitudes coercitivas por parte dos profissionais envolvidos no cuidado pré-natal são eticamente proibidas e clinicamente desaconselháveis. Por fim, os autores desencorajam a busca de intervenções ordenadas por tribunais pelas instituições médicas, assim como a punição de ginecologistas e obstetras que se recusam a executá-las.

Diante de diferentes posicionamentos, a discussão acerca dos direitos do nascituro encontra-se inconclusa, sobretudo em função da ausência de consenso nacional e internacional.

Direitos do nascituro e recusa terapêutica

Por definição, nascituro é a pessoa por nascer, desde sua concepção. No Brasil, seus direitos foram assegurados por diversos documentos, entre eles

a Constituição Federal de 1988⁴⁶, que traz como dever familiar, social e do Estado garantir o direito à vida, à saúde, entre outros (art. 227). Da mesma maneira, o Código Civil trata do início da personalidade civil em seu art. 2º, o qual estabelece que *a personalidade civil da pessoa começa no nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro*⁴⁷.

Ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) evidencia a recepção da teoria concepcionista, já que prevê, em seu art. 7º, os direitos do nascituro:

*A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência*⁴⁸.

No caso específico da sífilis, pode-se inferir que o nascituro tem direito ao tratamento, já que lhe é garantido o direito ao fornecimento de todos os medicamentos necessários à preservação de sua saúde, à boa evolução da gravidez e à realização de todos os tratamentos que possam resguardar sua saúde⁴⁹.

Diante dos direitos assegurados ao nascituro, fica a cargo da família, da gestante e da equipe médica garantir a efetivação destes, o que acarreta, portanto, responsabilidade. Para Berti, *o nascituro tem direito a que as demais pessoas, particularmente sua mãe, abstenham-se de praticar qualquer ato danoso à sua saúde ou adotem qualquer conduta que possa prejudicar-lhe o desenvolvimento. Tem direito, até mesmo, a que sua mãe seja impedida de consumir substâncias que possam afetar-lhe negativamente a saúde, podendo ser pleiteadas judicialmente medidas nesse sentido, ainda que envolvam internação compulsória*⁴⁹.

Durante o acompanhamento pré-natal, as equipes de saúde no âmbito do SUS, seja na APS, seja na rede especializada, deverão desenvolver a relação acolhedora e o acompanhamento sistemático da gestante, contribuindo para a detecção precoce de agravos e risco gestacional, preparando para o parto e estabelecendo o elo com a maternidade⁵⁰. Caso haja o não comparecimento ou evasão do acompanhamento pré e pós-natal, é de responsabilidade da APS reaver o vínculo com a genitora.

A esse respeito, prevê o ECA, em seu art. 8º, § 9º, que a *atenção primária à saúde fará a busca*

*ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto*⁵¹.

Especificamente no que tange à recusa terapêutica no Brasil, é vedado ao médico, pelo art. 24 do CEM, *deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar*, e, pelo art. 31, *desrespeitar o direito do paciente ou de ser representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte*²².

Ou seja, o paciente tem autonomia para aceitar ou não as condutas direcionadas pelo médico. Contudo, considerando que até 40% dos casos de sífilis congênita podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito fetal e que a gestante também é responsável por garantir a saúde do feto, a sífilis congênita constituiria agravo de saúde de risco iminente de morte ao concepto, permitindo a instituição da terapêutica adequada à resolução do quadro⁶.

Na tentativa de disciplinar o assunto, o CFM publicou a Resolução 2.232/2019, que aborda a recusa terapêutica por pacientes na prática médica. Conforme seu art. 5º, o médico não deverá aceitar a recusa terapêutica nas situações em que esta colocar em risco a saúde de terceiros ou expuser a população a risco de contaminação diante do não tratamento de doença transmissível ou de condições semelhantes, as quais constituem abuso de direito⁵².

Assim, entende-se que a recusa terapêutica por parte de gestante sífilítica configura abuso de direito, uma vez que coloca em risco a saúde do feto e o expõe a risco de contaminação por via transplacentária. Entretanto, a referida resolução tem causado polêmica e não foi, até o momento, completamente recepcionada pelo ordenamento jurídico brasileiro.

De acordo com Almeida, *a diversidade de técnicas médicas intrauterinas, inclusive cirurgias, indica que a Ciência se preocupa com o nascituro em qualquer fase de desenvolvimento, como ser autônomo e independente da mãe, procurando cada vez mais possibilitar-lhe o normal desenvolvimento, tendo por objetivo o nascimento perfeito*¹⁹.

Dessa maneira, entende-se que o médico, apto e responsável por exercer sua profissão pautada na ciência, e com a obrigação de acompanhar os avanços científicos, não pode simplesmente “fechar os olhos” à responsabilidade pelo paciente nascituro, o qual, mesmo sendo detentor de direitos, não pode exprimir sua vontade. Nessas situações, é dever do médico, com bom senso, ponderar a aplicação dos princípios de autonomia e beneficência, de modo a garantir os princípios de justiça e não maleficência.

A responsabilidade da gestante também é certa, por qualquer dano que o feto possa apresentar, ainda que manifestado tempos após o nascimento. Nesse sentido, segundo Almeida, *se o nascituro é pessoa, biológica e juridicamente, se sua integridade física e sua saúde não se confundem com as da mãe, ainda que com ela o concebido mantenha relação de dependência, não há como negar-lhe direito à integridade física e a saúde (...)*¹⁹. Isso porque não é lícito à mãe opor-se ao direito à integridade física *lato sensu* – em que se incluem a integridade física *stricto sensu* e a saúde do nascituro, e não da mãe.

Assim, a mãe não pode recusar-se a ingerir medicamento destinado a preservar a saúde do concepto nem a se submeter à intervenção médica que vise dissolver medicamento no líquido amniótico, que o feto engole instintivamente. Ainda que, na prática, tal recusa possa ensejar situações de difícil solução, do ponto de vista jurídico ela se apresenta clara e inequívoca: não cabe à mãe dispor de direito à saúde que não é seu, mas sim do filho nascituro.

Fica claro que, caso a criança venha a sofrer danos por negligência ou recusa terapêutica da gestante, caberá reparação civil ao ofendido, conforme asseguram os arts. 186 e 927 do Código Civil⁴⁷. Mas a quem caberia essa reparação? Nos dizeres de Berti, *a tendência atual, em alguns países, é resolver problemas dessa natureza a favor das crianças, invocando a responsabilidade civil do médico, ao lado da responsabilidade da mulher: logo uma responsabilidade civil compartilhada*⁵³.

O Quadro 1 sintetiza os direitos do nascituro e a responsabilidade médica e materna de acordo com a legislação brasileira.

Quadro 1. Direitos do nascituro, responsabilidade médica e materna, conforme a legislação brasileira

Direitos do nascituro			
Documento	Temática		Descrição
Código Civil (Lei 10.406/2002)	Direitos civis	Art. 2º	A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro ⁴⁷ .
	Direito à dignidade	Art. 1º	A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III – a dignidade da pessoa humana ⁴⁶ .
Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Direito à vida, à integridade física, à imagem, à honra e à privacidade	Art. 5º	Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; (...) ⁴⁶
	Direito à saúde	Art. 6º	São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição ⁴⁶ .
		Art. 196	A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ⁴⁶ .
	Direito à vida, à saúde, à dignidade e à integridade física	Art. 227	É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão ⁴⁶ .
Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990)	Direito à vida, à saúde e à integridade física	Art. 7º	A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência ⁴⁸ .
	Direito à dignidade	Art. 15	A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis ⁴⁸ .
	Direito à integridade física e à imagem	Art. 17	O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais ⁴⁸ .
Responsabilidades médicas			
Código Civil (Lei 10.406/2002)	Obrigação civil	Art. 186	Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito ⁴⁷ .
		Art. 927	Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo ⁴⁷ .

continua...

Quadro 1. Continuação

Direitos do nascituro			
Documento	Temática		Descrição
Responsabilidades médicas			
Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2018)	Consentimento	Art. 22	É vedado ao médico: Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte ²² .
		Art. 31	É vedado ao médico: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte ²² .
		Art. 36	É vedado ao médico: Abandonar paciente sob seus cuidados ²² .
Resolução CFM 2.232/2019	Recusa terapêutica	Art. 5º	A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito. § 1º Caracteriza abuso de direito: I – A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros. II – A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação ⁵² .
Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990)	Acompanhamento da gestante	Art. 8º	É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (...) § 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto ⁴⁸ .
	Comunicação às autoridades responsáveis	Art. 245º	Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência ⁴⁸ .
Responsabilidades da gestante			
Código Civil (Lei 10.406/2002)	Obrigação civil	Art. 186	Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito ⁴⁷ .
		Art. 927	Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo ⁴⁷ .
Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990)	Dever de cuidado	Art. 4º	É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária ⁴⁸ .

continua...

Quadro 1. Continuação

Direitos do nascituro		
Documento	Temática	Descrição
Responsabilidades da gestante		
Código Penal (Decreto-Lei 2.848/1940)	Exposição do nascituro a perigo	Art. 132 Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente: Pena – detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave ⁵⁴ .
		Art. 136 Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena – detenção, de dois meses a um ano, ou multa ⁵⁴ .

Considerações finais

Diante dos resultados encontrados, pode-se afirmar que o nascituro é titular de direitos assegurados pela legislação brasileira. Em condições de vulnerabilidade e de dependência de cuidados, o nascituro é um ser humano que demanda proteção. Assim, são responsáveis por garantir a segurança do nascituro a gestante e o médico, que deve assistir à paciente e ao conceito mediante o acompanhamento pré-natal.

Em casos de recusa ou negligência terapêutica da gestante sífilítica que impliquem

consequências à saúde fetal, o médico deverá desconsiderar a decisão materna com base no princípio da beneficência em favor da criança. Nesse sentido, ante o risco de morte para o feto, o profissional está amparado pelo ECA, pelo CEM e por resolução específica. Contudo, caso seja omissivo em sua conduta, poderá responder juridicamente com base nos mesmos dispositivos legais.

A gestante negligente poderá ser responsabilizada por colocar em risco a saúde do nascituro, respondendo civil e penalmente pela conduta.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/40f7pPb>
2. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Medicina interna de Harrison. 18ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3JnuhGr>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para diagnóstico da sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3Dt40CS>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3jImdv1>
6. Motta IA, Delfino IRS, Santos LV, Morita MO, Gomes RGD, Martins TPS et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2018 [acesso 11 jan 2023];28(6):45-52. DOI: 10.5935/2238-3182.20180102
7. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW 3rd, Schor NF, Behrman RE. Nelson: tratado de pediatria. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3Ybd3js>
9. Campos D Jr, Burns DAR. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª ed. Barueri: Manole; 2014.
10. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso 11 jan 2023];51:78. DOI: 10.11606/s1518-8787.2017051007066
11. Costa CV, Santos IAB, Silva JM, Barcelos TF, Guerra HS. Sífilis congênita: repercussões e desafios. *ACM Arq Catarin Med* [Internet]. 2017 [acesso 11 jan 2023];46(3):194-202. Disponível: <https://bit.ly/3l93bZw>
12. Sousa DMN, Costa CC, Chagas ACMA, Oliveira LL, Oriá MOB, Damasceno AKC. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 [acesso 11 jan 2023];8(1):160-5. DOI: 10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201426
13. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2018 [acesso 11 jan 2023];36(3):376-81. DOI: 10.1590/1984-0462/2018;36;3;00011
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3HRjAuJ>
15. Feitosa JAS, Rocha CHR, Costa FS. Artigo de revisão: sífilis congênita. *Rev Med Saúde Brasília* [Internet]. 2016 [acesso 11 jan 2023];5(2):286-97. Disponível: <https://bit.ly/3Dr7A03>
16. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krumel CF, Machado CPH. Sífilis congênita: uma revisão da literatura. *Rev Epidemiol Controle Infecç* [Internet]. 2013 [acesso 11 jan 2023];3(1):28-30. DOI: 10.17058/reci.v3i1.3022
17. Tran L. Legal rights and the maternal fetal conflict. *SCQ* [Internet]. 2004 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3kVNipn>
18. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Maternal-fetal conflict. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2000 [acesso 11 jan 2023];89(1):101-7. DOI: 10.1016/S0301-2115(99)00166-9
19. Almeida SJAC. Bioética e direitos de personalidade do nascituro. *Scientia Iuris* [Internet]. 2004 [acesso 11 jan 2023];7-8:87-104. p. 100. DOI: 10.5433/2178-8189.2004v7n0p87
20. Berti SM. Os direitos do nascituro. In: Taitson P, D'Assumpção E, Berti S, Almeida O, editores. *Bioética: vida e morte*. Belo Horizonte: PUC-Minas; 2008. p. 69-93.
21. Townsend SF. Ethics for the pediatrician: obstetric conflict: when fetal and maternal interests are at odds. *Pediatr Rev* [Internet]. 2012 [acesso 11 jan 2023];32(1):33-6. DOI: 10.1542/pir.33-1-33
22. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 211, p. 179, 1 nov 2019 [acesso 11 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3MbOz3i>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 1, p. 50-2, 2 jan 2012 [acesso 11 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3Y9VQHu>
24. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza PRB Jr, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev saúde pública* [Internet]. 2014 [acesso 11 jan 2023];48(5):766-74. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005114
25. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 11 jan 20];32(6):e00082415. DOI: 10.1590/0102-311X00082415
26. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkesd SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2013 [acesso 11 jan 2023];91(3):217-26. DOI: 10.2471/BLT.12.107623


27. Ohel I, Levy A, Mazor M, Wiznitzer A, Sheiner E. Refusal of treatment in obstetrics: a maternal-fetal conflict. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2009 [acesso 11 jan 2023];22(7):612-5. DOI: 10.1080/14767050802668698
28. Flagler E, Baylis F, Rodgers S. Bioethics for clinicians: 12: ethical dilemmas that arise in the care of pregnant women: rethinking “maternal-fetal conflicts”. *CMAJ* [Internet]. 1997 [Internet]. 1997 [acesso 11 jan 2023];156(12):1729-32. DOI: 10.1017/CBO9780511545566.017
29. Singer PA, Viens AM. *The Cambridge textbook of bioethics*. 10^a ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
30. Oberman M. Mothers and doctors' orders: unmasking the doctor's fiduciary role in maternal-fetal conflicts. *Northwest Univ Law Rev* [Internet]. 1999 [acesso 11 jan 2023];94(2):451-502. Disponível: <https://bit.ly/3XQhq3P>
31. Hornstra D. A realistic approach to maternal-fetal conflict. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1998 [acesso 11 jan 2023];28(5):7-12. DOI: 10.2307/3528225
32. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
33. Harris LH. Rethinking maternal-fetal conflict: gender and equality in perinatal ethics. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2000 [acesso 11 jan 2023];96(5):786-91. DOI: 10.1016/s0029-7844(00)01021-8
34. Chervenak FA, McCullough LB. The fetus as a patient: an essential ethical concept for maternal-fetal medicine. *J Matern Fetal Med* [Internet]. 1996 [acesso 11 jan 2023];5(3):115-9. DOI: 10/b8ndsz
35. Pinkerton JV, Finnerty JJ. Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1996 [acesso 11 jan 2023];175(2):289-95. DOI: 10.1016/s0002-9378(96)70137-0
36. Shchyrba MY. Embryo as the patient (the question of determining the emergence of the moment of the right to life legal protection) [Internet]. 2017 [acesso 11 jan 2023]. p. 132. Disponível: <https://bit.ly/3HF1nyP>
37. Oduncu FS, Kimmig R, Hepp H, Emmerich B. Cancer in pregnancy: maternal-fetal conflict. *J Cancer Res Clin Oncol* [Internet]. 2003 [acesso 11 jan 2023];129 (3):133-46. DOI: 10.1007/s00432-002-0406-6
38. Hollander M, van Dillen J, Lagro-Janssen T, van Leeuwen E, Dujist W, Vandenbussche F. Women refusing standard obstetric care: maternal fetal conflict or doctor-patient conflict? *J Pregnancy Child Health* [Internet]. 2016 [acesso 11 jan 2023];3:251. Disponível: <https://bit.ly/3HINbdV>
39. Dickens BM, Cook RJ. Ethical and legal approaches to ‘the fetal patient’. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2003 [acesso 11 jan 2023];83(1):85-91. DOI: 10.1016/s0020-7292(03)00320-5
40. Brooks H, Sullivan WJ. The importance of patient autonomy at birth. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. 2002 [acesso 11 jan 2023];11(3):196-203. DOI: 10.1054/ijoa.2002.0958
41. Fost N. Maternal-fetal conflicts: ethical and legal considerations. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 1989 [acesso 11 jan 2023];562:248-54. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1989.tb21022.x
42. Deprest J, Toelen J, Debyser Z, Rodrigues C, Devlieger R, De Catte L *et al*. The fetal patient: ethical aspects of fetal therapy. *Facts Views Vis Obgyn* [Internet]. 2011 [acesso 11 jan 2023];3(3):221-7. Disponível: <https://bit.ly/3Dr8hqb>
43. Strong C. Court-ordered treatment in obstetrics: the ethical views and legal framework. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1991 [acesso 11 jan 2023];78(5 Pt 1):861-8. Disponível: <https://bit.ly/40fDd6Q>
44. Adams SF, Mahowald MB, Gallagher J. Refusal of treatment during pregnancy. *Clin Perinatol* [Internet]. 2003 [acesso 11 jan 2023];30(1):127-40. DOI: 10.1016/s0095-5108(02)00082-9
45. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 664: refusal of medically recommended treatment during pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 [acesso 31 jan 2023];127(6):e175-82. DOI: 10.1097/AOG.000000000000148
46. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 1, 5 out 1988 [acesso 11 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3Bcb8SS>
47. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 1, 11 jan 2002 [acesso 11 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3RjBU2z>

48. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 13563, 16 jul 1990 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3jidOzi>
49. Berti SM. O nascituro e o direito à saúde. Revista Brasileira de Estudos Políticos [Internet]. 2009 [acesso 11 jan 2023];99(2):89-208. p. 202-3. Disponível: <https://bit.ly/40A6cIG>
50. Sena IVA. Qualidade da atenção pré-natal na estratégia de Saúde da Família: revisão de literatura [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3HmFjJv>
51. Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 1, 9 mar 2016 [acesso 11 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3Jqv7C8>
52. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 179, p. 113, 16 set 2019 [acesso 11 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3DsbsOy>
53. Berti SM. Dano ao feto. Âmbito Jurídico [Internet]. 2006 [acesso 11 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3XODs78>
54. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 23911, 31 dez 1940 [acesso 11 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3FpmvYx>

Gabriela Rodrigues de Menezes – Graduanda – gabrielarmenezes@hotmail.com

 0000-0001-6829-9393

Ailton Marques Rosa Filho – Graduando – marquesrosafilhoa@gmail.com

 0000-0002-6018-7802

Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz – Doutora – anaqueiroz@ufgd.edu.br

 0000-0002-3943-2471

Correspondência

Gabriela Rodrigues de Menezes – Rua Olavo Bilac, 48, Cohab Aeroporto CEP 79240-000. Jardim/MS, Brasil.

Participação dos autores

Ailton Marques Rosa Filho e Gabriela Rodrigues de Menezes contribuíram com levantamento bibliográfico, revisão do material e construção do texto. Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz idealizou o artigo, orientou os acadêmicos no levantamento bibliográfico, elaboração do texto, revisão e conclusão do artigo.

Recebido: 6.7.2021

Revisado: 18.10.2022

Aprovado: 19.1.2023