

Autonomia, patriarcado e paternalismo médico: nuances histórico-sociais da relação médico paciente

Josué da Silva Brito
Docente da Faculdade Atenas Passos

E-mail: josuedasilvabrito1998@gmail.com



Artigo Original

Resumo

O princípio da autonomia reconhece o paciente como um sujeito ativo, possuidor de direitos, e que possui escolhas sobre a própria saúde. Esse foi reforçado durante a história recente, contudo, quando se trata da saúde feminina, modelos históricos seguem perpetuados. Tanto no arcabouço jurídico como no estado sanitário, valores que negam às mulheres a plena gerência sobre sua saúde persistem obstaculizando o pleno exercício desse direito. São elementos de uma sociedade patriarcal e paternal, que toma para si o direito de fazer escolhas para essa mulher, uma herança colonial. Neste artigo, discute-se o impacto desse estado social sobre a saúde reprodutiva e sexual feminina, um já histórico elemento redutor da feminilidade.

Abstract

The principle of autonomy recognizes the patient as an active subject, who has rights, and who has choices about his own health. This has been reinforced during recent history, however, when it comes to women's health, historical models remain perpetuated. Both in the legal framework and in the state of health, values that deny women full management over their health persist hampering the full exercise of this right. They are elements of a patriarchal and paternal society, which takes the right to make choices for this woman, a colonial heritage. In this article, the impact of this social state on women's reproductive and sexual health is discussed, an already historic reducing element of femininity.

INTRODUÇÃO

A garantia da promoção, da proteção e do reestabelecimento da saúde pelo Estado, é uma conquista constitucional recente, resultante das lutas populares contra o Estado repressor e autoritário (CARVALHO, 2002). A plenitude desse direito implica no respeito a universalidade, integralidade, igualdade, direito à informação, participação popular, descentralização, resolutividade e autonomia do indivíduo (BRASIL, 1990).

A autonomia, um preceito sanitário fundamental, teve modificações em suas conceito, conforme se modificaram as percepções sobre saúde e sobre o papel do indivíduo na determinação da própria saúde. Classicamente, a autonomia é compreendida como a capacidade de se autogovernar e se autodeterminar, bem como a habilidade individual de decisão sobre a integridade física, social e psíquica, baseando-se em

seus próprios preceitos, valores e crenças, ainda que eles se oponham aos ditames da sociedade no qual se insere. O paciente, portanto, não apenas figura como polo passivo do cuidado. O indivíduo que busca à saúde não é apenas um objeto das intervenções e tratamentos que aprazem ao médico assistente, podendo divergir e afirmar a sua autonomia, como melhor lhe convier (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008; LIBERALESSO et al., 2014; RODRIGUES FILHO; PADRO; PRUDENTE, 2015).

A atual perspectiva da autonomia superou o conceito isolado de autodeterminação pura e simples, partindo para o fortalecimento da relação médico-paciente, da relação entre o paciente e os seus familiares e entre demais sujeitos que integram a rede de autonomia/dependência. Essa nova proposição supera as visões autoritárias e paternalistas tradicionais na

medicina, assim como não radicaliza a separação entre os sujeitos do cuidado, o médico e o seu paciente. Pressupõe cuidado e acolhimento que não reduz a dimensão pessoal e o processo de escolha, colocando ambos como aliados na construção de um melhor plano terapêutico (SOARES; CAMARGO Jr., 2007).

Exercer a autonomia é um dos elementos que constituem o princípio da dignidade da pessoa humana, expresso na Constituição Federal de 1988. Esse exercício, conquanto garantia, para que seja pleno necessita do mínimo existencial — condições sociais e pessoais, como acesso a informações de qualidade e suficientes e a capacidade irrestrita do livre pensamento. A autonomia não pode existir sem a consciência do ser, do existir, da diferenciação entre o bem e o mal, correto e incorreto, virtudes e vícios e da clara distinção entre proibições e permissões (BARROSO, 2010; LIBERALESSO et al, 2014).

A plenitude da autonomia acontece quando se encontram resguardadas escolhas livres e concretas, superando a retórica política e social. O ser autônomo delibera sobre sua própria existência, apresentando responsabilidades, ainda que de outra nacionalidade, cultura, sociedade, religião ou etnia de grupos majoritários. A autonomia, destarte, é elemento fundamental, universal e inerente a própria pessoa (BARROSO, 2010).

Afirmar a autonomia em saúde, democratizar as relações, reconhecer saberes do indivíduo, suas singularidades e diversidades aproxima o paciente da sua condição de saúde, permitindo que assuma corresponsabilidade e participação na determinação em seu estado de saúde-doença. Disso advém a sua importância (SOARES; CAMARGO Jr, 2007).

A prática sanitária, devido às suas heranças sociais e históricas, muitas vezes reproduz modelos autoritários e renega a autonomia do paciente, por isso este estudo objetiva conceituar as relações patriarcais e paternalistas na saúde a partir da perspectiva histórica e social.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura de perspectiva reflexiva. Para tanto, pesquisou-se os termos patriarcado, paternalismo, autonomia, mínimo existencial, violência obstétrica, aborto induzido e variações nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Google Acadêmico. Adicionalmente se pesquisou relatórios do Ministério da Saúde e livro concernentes ao tema.

Incluíram-se estudos revisionais, estudos de caso. pesquisas quantitativas e qualitativas da área da saúde e das ciências sociais. Excluíram-se estudos que não tratavam do tema, indisponíveis ou relatos de caso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Construção social do patriarcado e do paternalismo

Entender o patriarcado e seu conceito depende do reconhecimento das lutas históricas realizadas por feministas em diferentes séculos e de diversas correntes, razão pela qual o conceito não é único. O conceito de patriarcado dentro do ambiente familiar, seu menor microcosmo, é aplicado para a autoridade paterna toda poderosa, ilimitada, que exerce o poder sobre o destino de todos os membros da família, uma organização não democrática. Já no âmbito social mais abrangente, descreve diversas relações hierárquicas e de submissão da convivência humana, englobando relações políticas, governamentais, laborais, midiáticas, religiosas e várias outras diariamente estabelecidas. O patriarcado, destarte, encontra-se internalizado e enraizado ao conceito moderno de sociedade, expressando-se de forma consciente e inconsciente (MORGANTE; NADER, 2014; SAFFIOTI, 2014; SILVA, 2015).

O patriarcalismo, na história, se materializa no reconhecimento tardio dos direitos femininos. No período colonial brasileiro, a expressão do ser mulher foi

restringida diante do dever primeiro de submissão. Tanto os desejos quanto à vontade estiveram sob os mandos da figura masculina, frequentemente em desencontro com o querer feminino. A mulher com sua expressão limitada foi reduzida à figura materna exclusivamente, isto é, seu dever era ser mãe e garantir educação aos filhos e exercer as tarefas familiares. Os membros da família eram, portanto, seres apolíticos e destituído de opinião para o homem regente. Esse padrão colonial foi perpetuado e reforçado pela cultura e pela religião. Atentar contra esse status quo era antes de tudo um pecado, uma subversão punida de forma severa e exemplar, que implicaria em misérias e castigos divinais (AGUIAR, 2000; BORIS; CESÍDIO, 2007; ROCHAS; ULRICH, 2018).

O paternalismo expressa-se, como o patriarcalismo, nas relações familiares, entre amigos, entre indivíduos e o Estado, entre patrões e empregados, entre fiéis e líderes religiosos, sendo mascarado por falsas crenças de autonomia e também por um falso entendimento de dever de proteção ao comprometer as escolhas alheias (MIGUEL, 2015; PEREIRA; BRAZZALE, 2017).

As relações paternalistas, desiguais, em sua perpetuação, são concebidas, erroneamente, sobre a visão da reciprocidade e se fortalecem na dependência decorrente das construções sociais, ideológicas e econômicas, principalmente ligadas a comunidades mais pobres. São resquícios de um subconsciente colonial e escravagista que não é encarado de forma incisiva e que não foi superado (NEGRO, 2014; PEREIRA; BRAZZALE, 2017; SABOURIN, 2011).

O paternalismo brasileiro é obscurecido pela própria descrição histórica. Ao narrar a construção da sociedade brasileira, por exemplo, Gilberto Freyre harmonizou e suavizou os desequilíbrios de poder e propôs uma formação social baseada no equilíbrio dos diferentes (FARIA; SILVA; LEMOS, 2014).

Somente no século XX, a situação social da mulher começa a se modificar, ao mesmo

tempo que a urbanização avança. O homem na cidade se viu diante de um quadro em que não possuía meios para garantir sozinho a subsistência da família. Esse evento obrigou a inserção das mulheres no mercado de trabalho, local em que se viram vítimas, outrossim, das relações patriarcais, e do acesso maior a educação. Decorrente disso, houve favorecimento dos movimentos feministas na luta pelo reconhecimento da mulher como sujeito de direitos e deveres, gerando um enfrentamento que persiste até os dias atuais e que cada vez mais se torna organizado, consciente e necessário (BORIS; CESÍDIO, 2007).

No século atual, as conquistas femininas são evidentes, contudo, a estrutural social continua a gerar hierarquias e distorções expressivas na participação social feminina em diversos campos, como na política. Mesmo conseguindo força econômica, através do trabalho, a emancipação completa não foi alcançada ainda, visto que a condição moral, social e psicológica do homem não foi atingida pela a mulher (ÁLVARES, 2014; SILVA, 2016).

Construção sanitária do paternalismo

A observação histórica da saúde revela facilmente as expressões patriarcais e paternas. No âmbito das políticas públicas de saúde, o reconhecimento da mulher plena de direitos deu-se tardiamente. A mulher, ao longo de séculos, foi vista, na sociedade, e, por conseguinte, na interpretação sanitária como a genitora, sendo todos os cuidados dirigidos somente a essa faceta. Inclusive os programas e normativas governamentais praticavam esse reducionismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A ruptura conceitual e reconhecimento de um ser pleno com várias dimensões a serem cuidadas só ocorreu em 1984, quando os conceitos de integralidade e equidade são incorporados, gerando a necessidade de atenção e cuidados aos diversos ciclos de vida e expressões do ser mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Esse reconhecimento integral tornou-se, contudo, menos expressivo, no campo da

saúde sexual e reprodutiva, no qual a vontade da mulher é secundária e perpetuam-se construções históricas existentes desde a idade média, como a visão da mulher restrita a único parceiro e ao lar, enquanto que o seu parceiro é livre para exercer uma vida sexual promíscua e que ultrapassa o ambiente doméstico (ANJOS et al, 2013; BORIS; CESÍDIO, 2007).

Paternalismo médico

O paternalismo médico insere-se em um contexto histórico amplo, tratando-se de ações e omissões realizadas a despeito do consentimento do enfermo, tendo, a priori, o intento de beneficiá-lo, reduzir seu sofrimento, podendo envolver ou não medida coercitiva (ALMEIDA, 1999). Trata-se de uma relação assimétrica de poderes derivada do processo de afastamento do médico do seu paciente, que é construída conforme o profissional sente-se como portador genuíno do conhecimento técnico. Nesta concepção, apenas o médico é habilitado a tratar e avaliar as melhores medidas para o paciente (BEIER, 2010; MIGUEL, 2015).

Ainda no período colonial brasileiro, o médico passou a exercer papel fundamental na vida social e no estabelecimento de relações hierárquicas de subordinação da mulher, visto que era ele quem sanava as doenças. Seu domínio técnico o munuiu do poder de decidir de forma discricionária sobre o bem-estar do paciente (BORIS; CESÍDIO, 2007; BEIER, 2010).

Apenas no século XX, que as relações médicas começam a ser discutidas por via legal, gerando discussões sobre a autonomia e o cuidado, reconhecendo-se a vontade do paciente como um dos elementos norteadores da prática médica (BEIER, 2010)

Ameaças a autonomia feminina e ao mínimo existencial

Tendo como norte os conceitos supracitados, entende-se como a ameaça à autonomia feminina, as relações de poder e hierarquia que abalem, limitem ou subtraíam o poder de escolhas da mulher justificadas por um suposto bem-estar pessoal ou

coletivo, baseando-se em princípios morais, sociais, éticos e religiosos. Essas ameaças podem advir de ação, omissão ou distorção.

Portanto, na realidade brasileira, compreendem ações de paternalismo e/ou de reprodução da sociedade patriarcal, os embargos sociais e legais ao abortamento induzido, a violência obstétrica e o fornecimento insuficiente de informações sanitárias.

Abortamento induzido

A situação que melhor descreve a ameaça diuturna a autonomia da mulher brasileira consiste na ação do Estado em tolher a escolha por um abortamento seguro. O abortamento, convertido, de prática natural para pecado, durante o século XIX, e depois para o crime contra a vida, é praticado de forma insegura, impondo riscos a vida materna (BRASIL, 2016; CISNE; CASTRO; OLIVIERA, 2018).

O abortamento crime e pecado é uma definição oriunda de uma sociedade que compreendeu a maternidade como propósito maior da mulher e, muitas vezes, único. Essa visão perpetuou-se mesmo depois da inserção da mulher no ambiente do trabalho. Essa mulher-mãe é vista, mesmo com suas responsabilidades, como propriedade de um homem (e da sociedade em que se insere), sendo incapaz de decidir sobre concepção e número de filhos, uma verdadeira dinâmica patriarcal (CISNE; CASTRO; OLIVEIRA, 2018).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Abortos reconhece que aproximadamente 1 mulher a cada 5 aos 40 anos já realizou abortamento, sendo que metade necessitou de internação após o procedimento. O aborto é mais frequente em mulheres de baixa escolaridade, pretas, pardas e indígenas (DINIZ; MEDEIROS; MADIRO, 2016). Não há no país, contudo, dados atuais sobre a mortalidade e nem estimativas sobre impactos sociais e econômicos.

No país, a proibição que condiciona a mulher a prática do abortamento sem o devido acompanhamento médico incorre em graves lesões, mortes e detenção de quem

prática ou atua para facilitar a ação (DINIZ, 2011; MORAIS, 2008; SANTOS et al, 2013). Segundo acórdão de habeas corpus julgado pela 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal, a proibição gera danos a integralidade do cuidado, desrespeita a autonomia da vontade e possui pena desproporcional ao ato cometido (BRASIL, 2016).

A proibição, entretanto, não é a única limitação. Apesar da legislação e jurisprudência nacional reconhecer o direito ao abortamento legal em casos de gestação decorrente de estupro, que cause risco a saúde materna ou anencefalia fetal, o Estado nega esse direito tacitamente. Em um país com 5570 municípios, são credenciados menos do que 70 serviços para a realização do abortamento legal, a maior parte em áreas mais desenvolvidas, como o sudeste brasileiro. Entre os hospitais credenciados, além disso, cerca de 45% não realizam o procedimento (MADEIRO; DINIZ, 2016). Soma-se a isso a deficiências estaduais em informar sobre as situações em que o aborto é legal e a ausência de listas acessíveis sobre quais os hospitais credenciados (ARTICLE 19, 2018).

O médico, profissional que possui o monopólio do abortamento legal no país, igualmente assume o papel de censor e nega a mulher a sua autonomia, muitas das vezes. No seu domínio patriarcal sobre a saúde feminina, são frequentes a exigência de procedimentos burocráticos que o próprio Ministério da Saúde considerou desnecessários e que o arcabouço jurídico nacional não coaduna, como a exigência de se registrar boletim de ocorrência, da autorização judicial, e de se realizar perícia médico-legal. Além disso, colocam em dúvida as afirmações feitas pela mulher, atentando a presunção de veracidade que deve nortear o atendimento médico (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Nesta perspectiva, tanto a sociedade, o Estado e o médico tomam para si a função de avaliar o que seria mais adequado à saúde feminina. Tornam-se indissociáveis práticas paternalistas e patriarcais gerando uma mulher sujeita a escolhas de terceiros. Alguém, portanto, que não goza plenamente da sua autonomia.

Violência obstétrica

A violência contra a mulher constitui um verdadeiro problema de saúde pública, que exige, portanto, ações estatais. Ela representa uma violação dos direitos fundamentais e consiste na conduta, oriunda das concepções de gênero, geradora de dano e sofrimento, seja nos aspectos físico, psicológico e sexual (SILVA; SERRA, 2017).

A violência obstétrica é uma das diversas formas de violência que são praticadas contra a mulher devido a sua condição social. Ela é definida como tratamento desumanizado, abuso na prescrição de medicamentos e na ação de definir processos naturais como patológicos. É uma forma de apropriação do corpo e do processo feminino, englobando qualquer ação praticada na mulher ou no neonato, sem o devido consentimento, estando presente em 12% a 25% dos partos (BRANDT et al, 2018; BRASIL, 2001; CARVALHO; BRITO, 2017; ZANARDO et al, 2017).

O próprio reconhecimento da violência obstétrica é um processo recente, cunhado pela legislação venezuelana no início do século XXI e disseminada pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia daquele país (BRANDT et al, 2018; BRASIL, 2001; CARVALHO; BRITO, 2017; ZANARDO et al, 2017).

A violência obstétrica inclui agressões física, institucional, moral, sexual e psicológica e verbal. Engloba ações como infusão intravenosa de ocitocina sintética rotineira a fim de acelerar o parto, amniotomia, toques vaginais repetitivos, posição de litotomia, manobra de Kristeller, episiotomia de rotineira e restrição aos movimentos corporais, atraso na prestação de serviços, déficit na escuta e na atenção, rispidez, frieza, negligência, discriminação, violação dos direitos reprodutivos, restrição nas informações, no acompanhamento e nas visitas, agressões diante de expressões de dor, diagnósticos imprecisos, prescrições inapropriadas e ineficazes (BRANDT et al, 2018; BRASIL, 2001; CARVALHO; BRITO, 2017; ZANARDO et al, 2017).

Essa violência está intimamente

relacionada a construção social patriarcal e as dificuldades de reconhecer a igualdade de gênero e autonomia da mulher ao decidir sobre seu destino biológico como um todo e, sobretudo, reprodutivo. Ela é rotineiramente encarada também pela visão paternalista, concebendo-se que os atos praticados geram um “bem” para mulher e, destarte, naturalizando-os, mascarando a violência (SILVA; SERRA, 2017).

Educação e informação

O mínimo existencial necessário para ações autonômicas tem em si o recebimento de informações adequadas. Nessa perspectiva, o Estado brasileiro falha tanto em garantir o acesso a informações quanto em não promover a educação sexual apropriada (CAMPOS, 2015; SILVA; SERRA, 2017).

Em breve panorama, a organização Article 19 (2018) demonstrou que a maior parte dos órgãos estaduais responsáveis pela saúde pública não possuem informações sobre a saúde da mulher, em alguns casos, nem mesmo há menção a existência de políticas públicas, sobre direitos sexuais e reprodutivos, não informam contatos para dúvidas, nem sobre situações em que o abortamento é legal e onde realizá-lo.

O Estado brasileiro trata, reafirmando preceitos históricos da sociedade patriarcal, a educação sexual como tabu. O assunto não é abordado, muitas vezes, no ambiente familiar e nem no educacional. Há pouco espaço para discussão e construção do conhecimento, sendo restrita a informação a ambientes de saúde (SILVA, 2015).

A investigação de Molina et al (2015) que foi realizada com 691 adolescentes, sendo 405 do sexo feminino, constatou que o desconhecimento sobre métodos contraceptivos ocorre em 19,3% a 41% dos adolescentes, sendo que 30,7% apresentavam algum tipo de equívoco quando se trata de contracepção oral, um dos métodos mais utilizados. Essa demonstrou deficiência, portanto, na capacidade familiar e institucional de informar, um atentado contínuo a liberdade feminina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra mulher resulta de condições sociais, culturais, políticas e históricas ligadas a própria construção da sociedade brasileira. O patriarcado tornou-se a base das relações coloniais, tendo como uma das expressões o paternalismo, um fenômeno social que compreende, no caso da saúde, o profissional como dono da informação válida e, por isso, único agente legitimado para tomar decisões sobre o cuidado, independente da vontade feminina.

As raízes sociais do patriarcado e do paternalismo resultam na criminalização do abortamento, na limitação do abortamento legal, na violência obstétrica e na prestação deficitária de informações. Tornam a mulher vítima de violência de gênero, violência sexual e violência racial e impõe silêncio a mulheres na sua participação social e restringe diversas das suas expressões, incluindo a biológica.

É preciso investigar de forma mais profunda e sistematizada quais os impactos do patriarcado e do paternalismo no atendimento de pacientes e as influências de gêneros. Essa investigação juntamente a militância constante são capazes de modificar o atual status quo das relações de saúde e levar ao verdadeiro e real reconhecimento da autonomia como um dos princípios norteadores da relação médico-paciente e das políticas públicas de saúde.

A mulher deve ser tratada como ser social autônomo em suas escolhas, sendo respeitadas as suas subjetividades. Está é uma necessidade que urge, um dever e um desafio para futuros e atuais profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, N. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. *Sociedade e Estado*, v. 15, n. 2, p.303-330, dez. 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922000000200006>.
- ALMEIDA, J. L. T. Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Princípalista da Relação Médico-Paciente. 1999. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- ÁLVARES, M. L. M. Beauvoir, o patriarcado e os mitos nas relações de poder entre homens e mulheres. *Revista NUFEN*, n. 6, p. 6-14, 2014.
- ANJOS, K. F. et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 98, p.504-515, set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000300014>
- ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? *Revista Bioética*, n.1, v. 16, p. 117 – 24, 2008. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/60/63
- ARTICLE 19. Breve panorama sobre abortamento legal e

- transparência no Brasil. São Paulo: Article 19, 2018. Disponível em: https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2018/12/AbortoLegalTranspare%cc%82ncia_Reduzido.pdf
- BARROSO, L. R. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. 2010. Disponível: http://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em 22 maio 2019.
- BEIER, M. Algumas considerações sobre o paternalismo hipocrática. Revista Médica de Minas Gerais. n. 2, ed. 20, p. 246-254, 2010. Disponível em: <http://mmg.org/artigo/detalhes/320>. Acesso em 29 maio 2019.
- BORIS, G. D. J. B; CESÍDIO, M. H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. Revista Mal Estar e Subjetividade, n. 2, ed. 7, p. 451-478, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518614-82007000200012&lng=pt&nrm=iso.
- BRANDT, G. P. et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. n. 1, ed. 19, p. 19-3, 2018. Disponível: www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão Habeas Corpus 124.306 Rio De Janeiro. Relator: Ministro Marco Aurélio. Diário de Justiça Eletrônico. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2018/7/art20180724-10.pdf>. Acesso 27 mar 2019.
- CAMPOS, T. E. Educação sexual e autonomia: estudo de uma intervenção com alunos do ensino médio do interior do estado de São Paulo. 2015. Dissertação - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Marília, 2015.
- CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Enfermagem global, n. 47, p. 80-88, 2017. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481>. Acesso em 14 jun 2019.
- CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- CISNE, M.; CASTRO, V. V.; OLIVEIRA, G. M. J. C. Unsafe abortion: a patriarchal and racialized picture of women's poverty. Revista Katálysis, v. 21, n. 3, p.452-470, dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p452>
- DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Revista Saúde Pública, n. 5, ed. 45, p. 981-985, 2011. Disponível: www.scielo.br/pdf/rk/v21n3/pt_1982-0259-rk-21-03-00452.pdf
- DINIZ, D. et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p.653-660, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.
- FARIA, C. A; SILVA, F. O; LEMOS, M. R. Paternalismo no Brasil colonial: harmonização vs. Conflito. 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica. Uberlândia: Anais...; 2014. Disponível em: <https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/SA08-20603.PDF>
- LIBERALESSO, A. et al. Dignidade da pessoa humana: limites, critérios e pressuposto para sua aplicação. (Re)pensando direito, n. 8, ed. 4, p. 193-216, 2014. Disponível em: local.cneccsan.edu.br/revistas/index.php/direito/article/view/114/0. Acesso em: 20 maio 2019.
- MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p.563-572, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>.
- MIGUEL, L. F. Autonomia, paternalismo e dominação na formação das preferências. Opinião Pública, [s.l.], v. 21, n. 3, p.601-625, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-01912015213601>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasil: Ministério da Saúde; 2004.
- MOLINA, M. C. C. et al. Conhecimento de adolescentes do ensino médio quanto aos métodos contraceptivos. Mundo saúde, n.1, ed. 39, p. 22-31, 2015. Disponível: pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37713. Acesso em 15 jun 2019.
- MORGANTE, M. M; NADER, M. B. O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. In: XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio. Rio de Janeiro: Anais; 2014. Acesso em 25 maio 2019. P. 1-10. Disponível em: http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf
- NEGRO, A. L. Paternalismo, populismo e história social. Populismo e trabalhismo. p. 9-39, 2004. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ael/article/view/2532>. Acesso em 28 maio 2019.
- PEREIRA, A. L. P; BRAZZALE, F. B. Paternalismo estatal, autonomia e estatuto da pessoa com deficiência. Pensar. n. 1, ed. 22, p. 3-33, 2017. Disponível: periodicos.unifor.br/rpen/article/download/5294/pdf DOI: 10.5020/2317-2150.2017.v22n1p. Acesso em 28 maio 2019.
- ROCHA, A. S; ULRICH, C. B. A dessacralização da violência contra as mulheres no altar do patriarcado: reflexões a partir dos conceitos desejo mimético e bode expiatório em René Girard – desafios para a educação teológica latino-americana. Reflexus. n. 19, ed. 12, p. 16-38, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326002271_A_dessacralizacao_da_violencia_contra_as_mulheres_no_altar_do_patriarcado_reflexoes_a_partir_dos_conceitos_desejo_mimetico_e_bode_expiatorio_em_Rene_Girard DOI: 10.20890/reflexus.v12i19.718. Acesso 28 maio 2019.
- RODRIGUES, F. E; PRADO, M. M; PRUDENTE, C. O. M. O princípio da autonomia como fundamento do consentimento livre e esclarecido. Estudos, n. 4, ed. 42, p. 613-625, 2015. Disponível em: seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/download/4380/2512. Acesso em 29 maio 2019.
- SABOURIN, E. Paternalismo e clientelismo como efeitos da conjunção entre opressão paternalista e exploração capitalista. Estud. Soc. e Agric. n. 1, ed 19, p. 5-29, 2011. Disponível: <https://www.revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/334>. Acesso 28 maio 2019.
- SAFFIOTI, H. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 20014.
- SANTOS, V. C et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Rev. Bioét. n. 3, ed. 21, p. 494-508, 2013. Disponível: www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a14v21n3.pdf. Acesso em 04 jun 2019.
- SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE (Brasil). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- SILVA, C. A. Abordando sexualidade na escola. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Minas Gerais, Maceió, 2015.
- SILVA, D. M; SERRA, M. C. M. Violência obstétrica: uma análise sob prima da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. R. Dir. Gar. Fund. n. 2, ed. 3, p. 42-65, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324086414_VIOLENCIA_OBSTETERICA_UMA_ANALISE_SOB_O_PRISMA_DA_AUTONOMIA_BENEFICENCIA_E_DIGNIDADE_DA_PESSOA_HUMANA DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2017.v3i2.2586. Acesso 14 jun 2019.
- SILVA, E. C. A. Patriarcado e divisões sexual do trabalho no serviço hospitalar. Temporais. n. 30, ed 15, p. 227-243, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7170>. Acesso em 28 maio 2019.
- SILVA, R. A. As relações de poder e violência contra a mulher: na saúde e na doença, na alegria e na tristeza. 4 Seminário Internacional de Educação e Sexualidade. Vitória: Anais...; 2016. Disponível em: http://www.gepsexualidades.com.br/resources/anais/6/1467423059_A_RQUIVO_AsRelacoesdePodereaViolenciaContraaMulher-nasaudeenadoenca,naalegriaenatrizeza.pdf. Acesso em 05 jun 2019.
- SOARES, J. C. R. S; CAMARGO JR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface – Comunic., Saúde. Educ. n. 21, ed. 11, p. 65-78, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v11n21/v11n21a07.pdf. Acesso em 30 maio 2019.
- ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade, [s.l.], v. 29, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jun 2019.
- ZÚÑIGA-FAJURI, A. Human rights and the right to abortion in Latin America. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 3, p.841-846, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320>