

XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

JANAÍNA MACHADO STURZA

TEREZA RODRIGUES VIEIRA

CARLOS EDUARDO NICOLETTI CAMILLO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Ednilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

B615

Biodireito e direitos dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza, Tereza Rodrigues Vieira, Carlos Eduardo Nicoletti Camillo – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-351-0

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Os Caminhos Da Internacionalização E O Futuro Do Direito

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Bio direito. 3. Direito dos animais. XXXII Congresso

Nacional do CONPEDI São Paulo - SP (4: 2025 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

O Grupo de Trabalho dedicado ao Biodireito e Direitos dos Animais coordenado por Tereza Rodrigues Vieira (UNIPAR), Janaina Machado Sturza (UNIJUÍ) e Carlos Eduardo Nicoletti Camillo (Mackenzie), foi uma plataforma fundamental para discutir questões complexas e multifacetadas que envolvem as dimensões éticas, legais e filosóficas relacionadas à bioética, biodireito, direitos animais e da natureza.

Artigos acadêmicos contemporâneos, novidades legislativas e abordagens interdisciplinares foram apresentados, demonstrando sua importância na edificação de uma relação mais justa e ética.

O artigo “Symbioses entre gênero, migração e violência: a complexa (in)efetivação do direito humano à saúde mental das mulheres migrantes gestantes sob a perspectiva biopolítica”, redigido por Gabrielle Scola Dutra, Nicoli Francieli Gross e Tuani Josefa Wichinheski concluiu que ao acercar-se das entraves sistêmicos, impulsionar o cuidado sensível ao trauma e estabelecer políticas de apoio, podemos nos avizinhar da concretização do direito humano à saúde mental para essa população vulnerável.

O texto “Perspectivas jurídicas e bioéticas sobre o embrião e o nascituro à luz do início da vida humana”, escrito por Anna Paula Soares da Silva Marmirolli, Luisa Ferreira Duarte e Renata da Rocha, reconhece que, embora avanços significativos tenham ocorrido no reconhecimento dos direitos dos nascituros e na regulamentação do uso de embriões em investigação científica, diversos desafios persistem.

A pesquisa “Protagonismo da natureza e pósdesenvolvimento: caminhos para um direito ecocêntrico”, desenvolvida por Mariana Ribeiro Santiago, Liciane André Francisco da Silva e Lucas Andre Castro Carvalho, arremata que, ao provocar os fundamentos antropocêntricos do direito e abraçar o valor intrínseco da natureza, as sociedades podem abordar as razões profundas da crise ecológica e estabelecer um futuro mais sustentável e justo.

O trabalho “Critérios ecológicos e o tráfico da fauna no Brasil: ponderações jurídicas quanto à seletividade normativa e funcional na aplicabilidade da lei” foi apresentado por Anderson

Carlos Marçal, tendo como coautores Cauã Victor do Nascimento Santana e Gabrielly Dias Sales Nery, os quais afirmam que esse ponto exige uma estratégia multifacetada que compreenda reformas legislativas, fortalecimento institucional, conscientização pública e colaboração internacional.

O artigo “O direito de morrer: uma contribuição para o debate sobre suicídio assistido e a dignidade humana”, redigido por Victória Kocourek Mendes, Márcio de Souza Bernardes e Edenise Andrade da Silva concluiu que, embora o Brasil tenha demonstrado hesitação em participar dessa discussão, a crescente aceitação internacional do suicídio assistido ressalta a necessidade de uma abordagem mais matizada e informada.

Julia Escandiel Colussi apresentou o trabalho “A comercialização do sangue humano pela PEC 10/2022 e mercantilização da dignidade humana sob um olhar bioético”, demonstrou que a conhecida "PEC do Plasma" levanta intensos debates bioéticos sobre a mercantilização de substâncias do corpo humano e a dignidade humana, polarizando o conflito com o governo federal e diversas organizações se posicionando contra a medida.

A pesquisa “Do direito ambiental aos direitos da natureza: poder, democracia e mobilização social” escrita por Beatriz Rubira Furlan, Lucas Andre Castro Carvalho e Mariana Ribeiro Santiago ressalta que o direito ambiental foca na perspectiva antropocêntrica, bem-estar humano, enquanto o direito da natureza inclui também o ecossistema e seres não humanos. A realização dos direitos da natureza está condicionada à mobilização coletiva e à alteração das dinâmicas de poder na sociedade.

O artigo “Doação de órgãos e tecidos no Brasil: uma análise da manifestação de vontade do falecido a partir da perspectiva da autonomia existencial”, redigido por Isadora Borges Amaral Souza e Fernanda Teixeira Saches Procopio, argumenta que a legislação brasileira vigente estabelece um conflito entre a autonomia do falecido e a autoridade da família nas decisões. A vontade expressa do indivíduo atua como uma pressão moral sobre os parentes, porém não assegura juridicamente que a doação será realizada.

O trabalho “Inseminação artificial post mortem e seus efeitos sucessórios no contexto da reforma do Código Civil Brasileiro” escrito por Marina Bonissato Frattari, Paula Nadynne Vasconcelos Freitas e Daniel Izaque Lopes observa que a legislação vigente é inadequada, mas a reforma em curso visa regulamentar a questão, assegurando os direitos do filho concebido post mortem com base no consentimento prévio do falecido.

No texto “Quimerismo, gêmeos idênticos e suas influências no direito: pensando soluções na perspectiva do biodireito e direitos humanos”, os autores Carlos Henrique Gasparoto, Lívia Gonçalves de Oliveira e Lucas Gabriel Alecrim demonstram que, para o biodireito e os direitos humanos, é necessário ir além das técnicas forenses que se baseiam em um único perfil genético, adotando abordagens mais precisas que assegurem a justiça e os direitos dos indivíduos quiméricos ou gêmeos.

Em síntese, no artigo “A dignidade da pessoa humana enquanto dogma norteador dos negócios biojurídicos: uma análise à luz da constitucionalização dos contratos”, Stella Maris Guergolet de Moura, Lucas Mendonça Trevisan e Rita de Cassia Resquetti Tarifa Espolador entendem que, a dignidade humana é um princípio fundamental que orienta toda a área dos negócios biojurídicos. Isso garante que, apesar dos progressos tecnológicos e médicos que possibilitam novas modalidades de contratos, o ser humano e sua dignidade continuem sendo o foco central do sistema jurídico.

O trabalho “Cidadania e educação: crise ambiental e sustentabilidade no pensamento filosófico de Luc Ferry e Enrique Leff” escrito por Vania Vascello Meotti, João Delciomar Gatelli e Janete Rosa Martins esclarece que, para Ferry, a cidadania e a educação devem fomentar um humanismo laico e responsável que reconheça a importância do cuidado com o meio ambiente para a manutenção da própria vida humana e das gerações futuras, sem, abandonar os ideais do progresso e da modernidade. Segundo Leff, a educação ambiental é um caminho para a transformação social, baseada na criticidade, complexidade, transdisciplinaridade e justiça ambiental, promovendo a apropriação social da natureza e a descolonização do saber e do poder.

No artigo “Segregação genética préimplantacional na reprodução humana assistida: desafios éticos e jurídicos diante da inovação biomédica e da inteligência artificial” redigido por Maria Eduarda da Mata Mendonça, Marina Bonissato Frattari e Joao Pedro B Tadei, os autores elucidam que os principais dilemas éticos centram-se na autonomia reprodutiva versus a dignidade do embrião e o potencial eugenista da tecnologia.

O trabalho “A justiça como equidade nas relações de cessão temporária de útero: uma análise sob à luz da teoria de John Rawls” escrito por Manoella Klemz Koepsel e Helena Maria Zanetti de Azeredo Orselli aplica a estrutura ética e política de John Rawls para avaliar a justiça nas práticas de barriga de aluguel ou gestação por substituição.

O trabalho “HIV/AIDS, carga viral indetectável, sigilo médico e justa causa: princípios biojurídicos e bioéticos à luz da lei 14.289/2022” redigido por Bruna Rafaela Dias Santos,

Iara Antunes de Souza e Marília Borborema Rodrigues Cerqueira explica que referida lei estabelece o sigilo obrigatório sobre a condição de pessoas que vivem com HIV, reforçando a proteção da privacidade e dignidade desses indivíduos, portanto a divulgação não autorizada dessas informações é considerada crime e pode resultar em sanções civis e administrativas, além de indenização por danos morais e materiais.

O artigo "Repensando o termo de consentimento livre e esclarecido: modelos dialógicos e horizontais de comunicação em saúde como estratégia para ampliar o exercício das autonomias na relação profissional-paciente" escrito por Bruna Rafaela Dias Santos, Luiza Pinheiro Chagas Leite Souza e Iara Antunes de Souza advoga a transformação do TCLE, de um documento meramente burocrático e legalista para um instrumento de comunicação efetiva e participativa entre profissionais e pacientes.

O texto intitulado "Necropolítica de gênero e aborto no Brasil: diretrizes de bioética feminista e antirracista para políticas públicas" elaborado por Jessica Hind Ribeiro Costa e Júlia Sousa Silva examina como a política brasileira em relação ao aborto opera como uma forma de necropolítica, que decide quem vive e quem morre, com base em marcadores sociais como gênero e raça.

Também foram apresentados os textos: "Quimerismo, gêmeos idênticos e suas influências no direito: pensando soluções na perspectiva do biodireito e direitos humanos", de autoria de Carlos Henrique Gasparoto , Lívia Gonçalves de Oliveira , Lucas Gabriel Alecrim. "Biopoder, biopolítica e governamentalidade legislativa: interpretações críticas da ordem econômica constitucional brasileira" de autoria de Gustavo Davanço Nardi. "Biotecnologia: impactos ambientais e jurídicos das patentes sobre identidades genéticas não catalogadas da flora brasileira" de autoria de Ariel de Melo Lima Marcelino , Caio Augusto Souza Lara e "O direito à eutanásia na Espanha" de autoria de Daniela Zilio.

Assim, o GT Biodireito e Direitos dos Animais atuou como um fórum fundamental para discutir essas questões, explorando temas como reformas legislativas, considerações éticas, implicações jurídicas e socioambientais das interações entre humanos, animais não-humanos e a natureza.

**REPENSANDO O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:
MODELOS DIALÓGICOS E HORIZONTAIS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
COMO ESTRATÉGIA PARA AMPLIAR O EXERCÍCIO DAS AUTONOMIAS NA
RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE**

**RETHINKING THE INFORMED CONSENT FORM: DIALOGICAL AND
HORIZONTAL COMMUNICATION MODELS IN HEALTH AS A STRATEGY TO
ENHANCE AUTONOMY IN THE PROFESSIONAL-PATIENT RELATIONSHIP**

**Bruna Rafaela Dias Santos ¹
Luiza Pinheiro Chagas Leite Souza ²
Iara Antunes de Souza ³**

Resumo

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), empregado em pesquisas envolvendo seres humanos e nas práticas de atenção à saúde, constitui instrumento jurídico e ético voltado à proteção de direitos e à formalização do consentimento. Apesar de sua relevância, críticas reiteradas apontam limitações significativas, como a linguagem excessivamente técnica, a padronização de formulários e a ausência de diálogo efetivo, fatores que mantêm os/as pacientes e usuários/as em posição passiva frente ao saber profissional. Diante desse cenário, o presente estudo, de natureza jurídico-sociológica, desenvolvido a partir de investigação bibliográfica e documental, tem por objetivo analisar os limites do TCLE e discutir a potencialidade de abordagens dialógicas e horizontais em saúde, capazes de promover maior participação e autonomia decisória. Os resultados evidenciam que, em sua configuração atual, o TCLE opera predominantemente como mecanismo formal de registro, com reduzida efetividade no fortalecimento das autonomias dos/as pacientes e usuários/as. Em contrapartida, a incorporação de práticas comunicacionais horizontais, inspiradas em perspectivas emancipatórias da educação em saúde, mostra-se capaz de ampliar a participação dos/as pacientes e usuários/as nos processos decisórios, favorecendo a corresponsabilidade e a construção compartilhada de escolhas terapêuticas. Conclui-se que a superação do modelo vertical exige a ressignificação do TCLE, de modo a integrá-lo a processos comunicativos mais inclusivos, éticos e centrados no cuidado.

¹ Graduada em Direito pela Unimontes, residente no TJSC, mestrandona em Direito pela UFOP e coordenadora discente do CEBID JUSBIOMED.

² Graduada em Direito (FDSM), mestrandona em Direito (UFOP), especialista em Direito Médico e Bioética, coordenadora discente do CEBID JUSBIOMED.

³ Doutora e mestre em Direito Privado, professora da graduação e do Mestrado “Novos Direitos, Novos Sujeitos” (UFOP) e pesquisadora do CEBID JUSBIOMED.

Palavras-chave: Autonomia, Comunicação em saúde, Termo de consentimento livre e esclarecido, Biodireito, Bioética

Abstract/Resumen/Résumé

The Free and Informed Consent Form (FICF), used in research involving human subjects and in health care practices, constitutes a legal and ethical instrument aimed at protecting rights and formalizing consent. Despite its relevance, recurring criticisms point to significant limitations, such as excessively technical language, standardized forms, and the lack of effective dialogue, which keep patients and users in a passive position regarding professional knowledge. In this context, the present study, of a socio-legal nature and developed through bibliographic and documental research, aims to analyze the limitations of the FICF and discuss the potential of dialogical and horizontal approaches in health, capable of promoting greater participation and decision-making autonomy. The findings indicate that, in its current configuration, the FICF operates predominantly as a formal recording mechanism, with limited effectiveness in strengthening the autonomy of patients and users. Conversely, the incorporation of horizontal communication practices, inspired by emancipatory perspectives in health education, appears capable of increasing patients' and users' participation in decision-making processes, fostering shared responsibility and collaborative construction of therapeutic choices. It is concluded that overcoming the vertical model requires a redefinition of the FICF, integrating it into more inclusive, ethical, and care-centered communicative processes.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Autonomy, Health communication, Informed consent form, Bio-law, Bioethics

1 INTRODUÇÃO

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), utilizado tanto em pesquisas com seres humanos quanto no contexto da relação entre profissionais de saúde e pacientes ou usuários/as desses serviços, é um instrumento por meio do qual a pessoa manifesta seu consentimento a determinada prática, exercendo, assim, suas autonomias¹ (Sá; Souza, 2021). Embora não haja uma exigência legal específica quanto à forma de exteriorização da vontade de quem será submetido/a a determinada intervenção, ciente da prática e dos riscos envolvidos em sua decisão, recorre-se, via de regra, ao registro por escrito (Sá; Naves, 2023).

No âmbito das relações e da comunicação em saúde, trata-se de um documento que visa proteger os direitos do/a paciente ou usuário/a, ao mesmo tempo em que resguarda profissionais e instituições, servindo como prova da adoção de boas práticas e de protocolos baseados em evidências científicas (Sá; Souza, 2021). No entanto, uma crítica recorrente diz respeito ao uso de linguagem de difícil compreensão e à padronização do formulário, elaborado sem diálogo efetivo com o/a paciente ou usuário/a, tornando a assinatura uma mera formalidade burocrática que antecede a intervenção, esvaziando seu verdadeiro papel no exercício das autonomias (Sá; Naves, 2023).

Para além do uso de uma linguagem inacessível, outra problemática relevante é a ênfase persistente na transmissão de um conhecimento técnico-especializado, entendido como algo detido exclusivamente pelos/as profissionais e repassado a um público considerado não especializado, cujo saber cotidiano é frequentemente desvalorizado ou ignorado nesse processo. Trata-se de uma crítica já presente no campo da educação em saúde (Meyer *et al.*, 2006; Ayres, 2004), que também se reflete na forma como o TCLE é comumente concebido no processo de comunicação em saúde.

Diante desse cenário, o presente estudo propõe uma reflexão crítica sobre os limites do TCLE, à luz de abordagens dialógicas e horizontais em comunicação em saúde, que buscam fortalecer a capacidade decisória dos/as pacientes e usuários/as na interação com os/as profissionais. Coloca-se, assim, a seguinte pergunta-problema: a adoção de um modelo

¹ Utiliza-se autonomias, no plural, adotando a teoria de Iara Antunes de Souza (2025, p. 173): “Da construção argumentativa exposta, defendo que as autonomias, assim como as pessoas, são plurais. Não só em razão de derivarem de âmbitos distintos e multidisciplinares, como a bioética e o biodireito; mas também em razão de seu conteúdo: patrimonial e existencial. Vou além, como já trazido no texto, algumas vezes o exercício da autonomia é exclusivamente patrimonial, ora é exclusivamente existencial; por outro lado é patrimonial com efeitos existenciais e, ainda, existencial com efeitos patrimoniais. Logo, proponho que, para garantir uma aplicação democrática da autonomia, sem adjetivá-la e manter nela toda a historicidade colonial, em perspectiva contra hegemônica, que falemos em autonomias.”

comunicação horizontal e dialógico seria capaz de transpor as limitações do modelo vertical e informativo tradicional do TCLE, ampliando o exercício das autonomias na relação profissional-paciente?

A hipótese que orienta este estudo é a de que o TCLE, em sua concepção atual, reduz o processo comunicacional a uma transferência unidirecional de informações, colocando o/a paciente ou usuário/a em posição passiva. Em contraste, o método dialógico e horizontalizado favorece a emancipação dessas pessoas nos processos de decisão e consentimento. Por isso, propõe-se uma abordagem bioética e biojurídica que valorize a comunicação dialógica na relação entre profissional de saúde e pacientes ou usuários/as, especialmente nas decisões clínicas e contextos individuais.

Adota-se uma metodologia de natureza jurídico-sociológica, baseada no raciocínio dedutivo e desenvolvida por meio de investigação bibliográfica e documental (Gustin, Dias; Nicácio, 2020). No desenvolvimento, inicialmente são apresentadas reflexões críticas acerca do tratamento biojurídico das autonomias e do TCLE. Em seguida, discute-se os caminhos possíveis para romper com a lógica meramente informativa que predomina de forma hegemônica. Por fim, aborda-se outros meios de registro da comunicação profissional-paciente como alternativas ao TCLE.

2 AUTONOMIAS E O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A autonomia é um princípio bioético apresentado no Relatório de Belmont (1978) e reafirmado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), de 2005. Esse princípio valoriza a liberdade individual e a autodeterminação das pessoas, inclusive, quanto às intervenções que podem ser realizadas em seus próprios corpos. Nesse contexto, sua expressão prática se dá por meio da manifestação da vontade, tendo o discernimento como elemento essencial, a ser exercido pelos/as pacientes e usuários/as ou, em situações legalmente previstas, por seus/suas representantes legais (Sá; Souza, 2021).

No âmbito biojurídico, conforme leitura de Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato Naves (2024), essa prerrogativa se manifesta pelo princípio da autonomia da vontade ou, atualmente, autonomia privada, que conferem às pessoas certos poderes de atuação: a primeira refere-se à dimensão subjetiva e psicológica, enquanto a segunda diz respeito ao poder de vontade em sua dimensão objetiva. Entretanto, essas autonomias não são absolutas: a “confrontação externa” indica que seus limites são definidos pelo ordenamento

jurídico, frequentemente em tensão com outros princípios, como o da responsabilidade (Sá; Naves, 2023).

Assim, as autonomias decorrem não apenas da legitimidade de seu exercício, mas também das consequências jurídicas que dele resultam. Nessa perspectiva, autonomia e responsabilidade apresentam-se como conceitos complementares, estando ainda condicionados por fatores como as condições materiais de vida, as vulnerabilidades individuais e o grau de informação de que cada pessoa dispõe acerca da situação existencial ou patrimonial que demanda sua decisão (Teixeira, 2018).

A elaboração teórica no campo jurídico sobre a autonomia surge com o princípio da autonomia nos séculos XVIII e XIX reflexo do desenvolvimento das indústrias e aumento da circulação das riquezas, o que reforçava a ideia de liberdade contratual ampla entre as partes e consequente autonomia baseada na vontade da parte que firmava as relações contratuais (Faria, 2007, p. 56), tornando soberana a liberdade individual. No entanto, o contexto de guerras mundiais e outros abusos realizados sobre a justificativa da prevalência da liberdade e do avanço científico e tecnológico retirou o foco da autonomia da vontade e diante da necessidade de certa intervenção estatal para garantia de direitos e proteção.

Assim, Roberta Elzy Simiqueli de Faria (2007, p.58) faz uma subdivisão para melhor compreensão deste princípio, identificando a correlação entre os conceitos de vontade, autonomia e liberdade compreendendo a primeira como um aspecto psicológico e jurídico que motiva os atos, a autonomia como o poder de uma pessoa em realizar sua autodeterminação, e a liberdade individual como a capacidade que a pessoa tem para exercer sua autonomia e se autodeterminar, escolher sobre si. O que gera a releitura da autonomia da vontade para autonomia privada, como sendo não somente o exercício de uma intenção psicológica, mas o aspecto jurídico de criar-se e decidir sobre si pautado por normas.

No entanto, compreendendo a razão de desenvolvimento das discussões sobre autonomia da vontade a agora autonomia privada é possível identificar seu fundamento de natureza econômica e a necessária medição da vontade e exercício autodeterminado dela para regulação de relações jurídicas. O que não é capaz de trazer respostas às atuais discussões sobre autonomia, principalmente em assuntos relativos à vida, saúde, desenvolvimento pessoal, planejamento familiar e questões de natureza mais individual e subjetiva.

Para dar vazão à subjetividade da autonomia, Ana Carolina Brochado Teixeira (2018) nos apresenta o conceito de autonomia existencial, onde defende que para atender a pluralidade de subjetividades e a dignidade da pessoa humana é necessário olhar em uma perspectiva plural e trazer a análise do conceito de autonomia voltada para o sujeito concreto,

onde as singularidades e vulnerabilidades levaram a determinadas escolhas, considerando não somente a vontade expressa, mas a liberdade do indivíduo e o discernimento para manifestação, resguardando a possibilidade de construir sua própria vida, de maneira individual, autêntica e plural.

Embora a autonomia tenha surgido de uma natureza de proteção patrimonial e contemporaneamente discutida como exercício de construção individual da própria existência, a entende-se que a noção de autonomias se estende tanto a aspectos relacionados ao patrimônio quanto a dimensões de ordem existencial (Souza; Souza, 2025),

A partir dessa distinção, percebe-se uma diversidade de fundamentos para os atos de autonomia, que variam conforme o tipo de situação e as funções que desempenham. Tal diferenciação cumpre ainda outra finalidade relevante: é com base nela que se determinam os instrumentos ou institutos aplicáveis a cada caso, os quais devem ser sistematizados de modo a garantir maior adequação à sua natureza jurídica e à espécie de situação em debate (Teixeira, 2018).

Na esfera da saúde, ainda que se parta da compreensão do direito ao próprio corpo em uma perspectiva existencial, não se afasta os efeitos patrimoniais advindo do exercício da autodeterminação. Por isso é adequado falar em autonomias (Souza, 2025). Afinal, por exemplo, um procedimento médico pode necessitar de uma recuperação lenta, deixando o/a paciente de trabalhar e aferir sua renda.

No contexto da realização de determinadas práticas ou intervenções em saúde, o princípio bioético e biojurídico da autonomia (em todas as suas nuances) se manifesta por meio do consentimento, que deve ser prévio, livre e fundamentado na prestação das informações necessárias, garantindo ao/à paciente ou usuário/a dos serviços de saúde o exercício pleno dessa prerrogativa, de forma consciente, responsável e em conformidade com sua dignidade e direitos (Souza; Lisboa, 2016). Sobre essa perspectiva, Ana Carolina Brochado Teixeira (2018, p. 94) observa:

Quanto à prática de atos atrelados à saúde, o consentimento livre e esclarecido é o principal ato existencial, não havendo uma forma específica para que ele seja exteriorizado. Contudo, para maior segurança das partes, é aconselhável que o consentimento seja expresso e escrito, constando, inclusive, do prontuário médico do paciente.

O TCLE, portanto, insere-se no contexto das intervenções e práticas em saúde como instrumento destinado a registrar o consentimento da pessoa envolvida, conferindo maior segurança jurídica tanto ao/a profissional ou à instituição quanto ao/à paciente ou usuário/a,

além de representar a materialização do exercício das autonomias. Mais do que um documento a ser assinado, a concessão do consentimento do paciente para realização de procedimento de saúde pressupõe um processo comunicacional onde tudo lhe foi explicado e orientado, possibilitando compreensão e construção de um senso crítico para uma tomada de decisão consciente e consequente concessão, ou não, de seu consentimento. Ainda, para consentir, é necessário observar os requisitos de validade previstos no artigo 104² do Código Civil de 2002, que estabelece como condições essenciais ao negócio jurídico: agente capaz, objeto lícito, possível, determinado ou determinável, e forma prescrita ou não vedada em lei (Brasil, 2004). A esses se somam requisitos específicos, como a informação adequada, o discernimento e a ausência de condicionantes externas (Sá; Naves, 2023; Sá; Souza, 2021). No que se refere ao aspecto informacional, Bruno Oliveira e Maria de Fátima Freire de Sá (2023, n. p.) ressaltam que:

Esse requisito não se restringe, portanto, ao fato do profissional de saúde “passar” a informação ao paciente. A informação deve ser construída dialogicamente e não unilateralmente. Assim, não basta que o profissional relate dados, mas que se comunique com o paciente de forma acessível.

A ênfase na dialogicidade do TCLE é recorrente na literatura biojurídica. Apesar de sua função clara, a prática cotidiana e o tratamento jurídico do documento levantam questionamentos sobre a efetividade da informação, a compreensão das pessoas envolvidas e a adequação do instrumento às diferentes situações clínicas (Sá; Naves, 2023; Sá; Souza, 2021). Esses desafios vão além do aprimoramento de estratégias comunicacionais, envolvendo também processos sociais que constituem as pessoas como sujeitos de uma cultura, mediados por múltiplas instâncias e instituições que estruturam interações e estabelecem consensos interpretativos (Meyer *et al.*, 2006), evidenciando, no contexto do exercício das autonomias pelo TCLE, os limites de uma abordagem restrita ao viés meramente informacional.

Além disso, não se pode desconsiderar que, historicamente, a relação profissional-paciente se apresentou de caráter paternalista, conferindo maior poder àquele/a que detinha o saber científico e técnico. Essa dinâmica dificulta o exercício da autodeterminação do/a paciente ou usuário/a, já que privilegia a palavra do/a profissional,

² Art. 104. A validade do negócio jurídico requer:

I - agente capaz;
II - objeto lícito, possível, determinado ou determinável;
III - forma prescrita ou não defesa em lei.

comprometendo a tomada de decisão consciente e, consequentemente, limitando o exercício das autonomias nesses contextos (Souza; Souza, 2025).

A partir dessas considerações, delineia-se a base para a análise subsequente do tratamento biojurídico do TCLE e das suas limitações no contexto da assistência à saúde, enfatizando a necessidade de compreender o exercício das autonomias não apenas como a formalidade de assinar um documento, mas como a participação ativa dos indivíduos na construção de decisões conscientes, compartilhadas e culturalmente contextualizadas.

3 REFLEXÕES CRÍTICAS ACERCA DO TRATAMENTO BIOJURÍDICO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao longo do tempo, os modelos de registro do consentimento e da informação no processo de comunicação profissional-paciente têm origem em uma abordagem bioética anglo-saxônica, com forte ênfase individualista e descolada das realidades socioculturais de populações vulnerabilizadas, centrada em debates de autonomia e afastada de preocupações coletivas, injustiças sociais, relativismo cultural e reconhecimento de pluralidades e diversidades. Esse modelo foi incorporado ao contexto nacional de maneira acrítica, tanto nas pesquisas com seres humanos quanto nos atendimentos em saúde, refletindo, em princípio, uma concepção frequentemente desconectada das complexidades éticas, sociais e econômicas que marcam realidades como a latino-americana (Garrafa, 2009).

No contexto da bioética principalista, surgiram inicialmente os chamados Termos de Consentimento Informado (TCI), que refletiam essa ênfase no exercício da autonomia, como um instrumento de manifestação de vontade, consentindo com procedimento de saúde a ser realizado. A evolução para o termo atual, TCLE, representou uma ampliação do foco, mais adequada ao contexto nacional e às transformações nas relações em saúde: para além da mera manifestação de vontade, passaram a ser considerados aspectos como discernimento, capacidade de autodeterminação e competência dos indivíduos, mediados pela prestação de informações adequadas e compreensíveis. Nessa perspectiva, embora a manifestação das autonomias do paciente nas relações com profissionais de saúde ocorra geralmente por meio do TCLE, ela não se esgota nesse instrumento, uma vez que a vontade deve ser continuamente renovada ao longo do cuidado (Sá; Souza, 2021) e que um documento escrito não é suficiente para sanar as necessidades de prestação de informações por parte do médico, sendo somente uma parte de todo um processo informacional.

Apesar dessa mudança de tom, no contexto brasileiro ainda persistem obstáculos, principalmente quanto ao reconhecimento da capacidade de autogoverno da pessoa e, inclusive, quanto à própria exigência de prestação de informações adequadas. Nessas circunstâncias, ainda em decorrência do paternalismo médico enquanto profissionais detentores do conhecimento aplicando a saúde a uma população “leiga”, geralmente entra em cena o princípio da beneficência, que impõe aos/as profissionais de saúde o dever de agir em prol do bem do/a paciente ou usuário/a, o que pode gerar decisões unilaterais dos profissionais e supressão de autonomia do paciente.

Em contrapartida, a beneficência, embora relevante, deve estar subordinada ao consentimento prévio, rejeitando práticas paternalistas e afirmando a centralidade das autonomias na condução do cuidado (Sá; Naves, 2023).

No âmbito das práticas médicas, por exemplo, o TCLE está regulamentado pela Recomendação n.º 1/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre o processo de obtenção do consentimento na assistência médica. A recomendação define esse consentimento como “[...] o ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante legal, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados” (BRASIL, 2016, p. 12).

Ainda que o CFM reconheça que “[...] o paciente deve ter condições de confrontar as informações e os esclarecimentos recebidos com seus valores, projetos, crenças e experiências, para poder decidir e comunicar essa decisão, de maneira coerente e justificada” (BRASIL, 2016, p. 12), a recomendação mantém uma ênfase marcante em uma lógica verticalizada da comunicação. Ou seja, apesar do discurso que valoriza a autonomia, o processo ainda privilegia uma relação unilateral, na qual o profissional da saúde detém o controle da informação e da orientação, limitando a participação efetiva e o diálogo aberto com o paciente.

Essa dinâmica é reforçada pela própria ideia de que cabe ao profissional “esclarecer” ou “informar” o/a paciente ou usuário/a — geralmente, presumido como alguém desprovido/a de conhecimento ou compreensão — o que contribui para a manutenção de uma concepção transmissiva e hierarquizada da comunicação. Trata-se de uma perspectiva que se aproxima da chamada “educação bancária” (Freire, 1987), na qual o processo comunicativo é reduzido à mera transferência de informações, relegando ao/à paciente ou usuário/a um papel passivo, como simples receptor/a dos conteúdos legitimados pelo discurso biomédico (Salci *et al.*, 2013).

Críticos a essa abordagem destacam que esse modelo tende a desconsiderar os saberes cotidianos e as experiências de vida dos/as pacientes ou usuários/as, comprometendo a construção de um consentimento verdadeiramente livre e dialógico. Nesse sentido, mais do que investir apenas no aprimoramento das técnicas de transmissão de informações, o que se coloca em questão é o pressuposto de que a presença de conteúdos científicos, por si só, seria condição necessária e suficiente para ampliar a competência ou a liberdade decisória dos/as pacientes ou usuários/as (Meyer *et al.*, 2006).

Como mencionado anteriormente, a literatura biojurídica já reconhece a importância de uma comunicação horizontalizada e da construção dialógica das informações nas relações entre profissionais da saúde e pacientes ou usuários/as, sobretudo em contextos que envolvem consentimento e tomada de decisões, entendendo-as como fundamentos éticos e práticos para orientar não apenas a assinatura do TCLE, mas também a própria relação profissional-paciente (Sá; Naves, 2023; Sá; Souza, 2021; Souza; Lisbôa, 2016). Contudo, a superação dos desafios nesse contexto frequentemente esbarra na concepção do TCLE como um instrumento escrito, que presume o paciente ou usuário/a como “leigo” e condiciona o exercício das autonomias ao “esclarecimento” prévio sobre o saber técnico, reforçando uma hierarquia entre saberes que limita a participação efetiva do paciente ou usuário/a no processo decisório.

Outro desafio importante é o esvaziamento do sentido do TCLE enquanto instrumento de proteção dos/as pacientes ou usuários/as, em situações de vulnerabilidade, em especial social, econômica e cultural, nas relações com os /as profissionais de saúde, ou entre instituições de pesquisa e participantes, na medida que a preocupação se restringe à adaptação da linguagem e do formato do documento às especificidades de cada situação, sem que isso se traduza, na prática, em intervenções efetivas nos contextos de vulnerabilidade (Garrafa, 2009).

Essas críticas evidenciam a necessidade de repensar o TCLE, não apenas como um instrumento formal, mas como parte de um processo comunicativo mais amplo, ético e contextualizado, reconhecendo as pluralidades e a real autonomia em uma perspectiva de exercício de direitos relativos à própria existência. Nesse sentido, propõe-se, na sequência, uma reflexão sobre os caminhos possíveis para romper com essa lógica meramente informativa que ainda predomina nas práticas de comunicação e tomada de decisão em saúde, sobretudo tratando-se dos contextos clínicos e de atenção individual.

4 DIALOGICIDADE DA COMUNICAÇÃO: ROMPIMENTO DA LÓGICA INFORMATIVA E O REGISTRO DE COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE

Embora ainda incipiente quando comparada à produção voltada para a educação em saúde coletiva, a literatura aponta potenciais contribuições do método dialógico e horizontalizado de comunicação em saúde nas experiências clínicas e de atenção individual, uma abordagem que favorece a construção da emancipação do/a paciente ou usuário/a nos processos que envolvem a tomada de decisão (Carmes; Tesser; Cutolo, 2024; Salci *et al.*, 2013). Essa visão, para além dos procedimentos de anamnese, exame físico e formulação de hipóteses diagnósticas, valoriza a escuta qualificada, a acolhida das demandas dos/as pacientes ou usuários/as, o apoio empático e a cordialidade, reconhecendo suas aspirações, crenças, ideias, expectativas e sofrimentos, de modo que o plano de manejo seja construído de forma compartilhada, ajustado ao mundo da vida da pessoa atendida e baseado em condutas terapêuticas minimamente coerentes com sua visão de mundo, fazendo sentido em sua própria perspectiva (Carmes; Tesser; Cutolo, 2024).

Na educação em saúde, a crítica às abordagens que focam a tomada de decisões exclusivamente na informação científica aponta para a necessidade de considerar que esse conhecimento não chega aos indivíduos de forma direta ou universal, mas é filtrado pelos saberes cotidianos e pela visão de mundo dos grupos sociais aos quais eles pertencem. Isso não significa desprezar o valor do conhecimento científico nesses processos decisórios, mas sim reconhecer que o significado atribuído à informação é socialmente construído, e não dado de antemão (Meyer *et al.*, 2006). Transpondo esse raciocínio para o contexto estudado, fica evidente que a comunicação em saúde, para promover decisões verdadeiramente livres e autônomas, mesmo na esfera clínica ou individual, também deve ultrapassar a mera transmissão do saber técnico, ainda que em linguagem acessível, e buscar romper com a desvalorização dos saberes dos/as pacientes ou usuários/as, reconhecendo sua experiência como parte legítima do processo de cuidado.

Para tanto, é igualmente necessário transpor a ideia de neutralidade e autoridade que historicamente marca a relação clínica, colocando em questão os modelos tradicionais de atuação dos/as profissionais de saúde. Defende-se, em seu lugar, a necessidade de compreender o contexto socioeconômico, familiar e psicossocial em que o/a paciente ou usuário/a está inserido/a, como condição para fomentar as suas autonomias, a conscientização crítica e o seu real envolvimento no cuidado. Isso inclui valorizar os recursos de cuidado disponíveis nas próprias pessoas, comunidades e saberes, frequentemente ignorados nas

propostas terapêuticas convencionais. Na prática, significa também reconhecer o/a paciente ou usuário/a não como objeto de intervenção, mas como um indivíduo autônomo, evitando reduzi-lo à dimensão biológica ou limitar a atenção ao corpo adoecido e seus riscos. Cabe, assim, ao/a profissional de saúde atuar como facilitador/a, promovendo um espaço dialógico em que a pessoa possa, com apoio, construir um conhecimento situado sobre si e sobre seu próprio cuidado (Carmes; Tesser; Cutolo, 2024).

Uma alternativa, em oposição às pretensões de universalidade e neutralidade que ainda marcam parte da tradição bioética, é compreender as autonomias não apenas sob a ótica do paradigma principalista, mas também a partir da bioética intervenciva aplicada aos direitos humanos. Trata-se de uma perspectiva baseada na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Unesco, 2005), elaborada a partir de intensos debates envolvendo países latino-americanos, africanos, árabes e a Índia, como uma reação crítica às tentativas hegemônicas dos países centrais de restringir a agenda bioética às questões exclusivamente biomédicas, desconsiderando as dimensões ambientais, sociais e culturais que atravessam os contextos do Sul Global (Souza; Lisboa, 2016).

No âmbito da Declaração, os princípios da autonomia e do consentimento não são tratados de forma isolada, mas articulados ao reconhecimento da vulnerabilidade humana e da dignidade de pessoas e coletividades. Essa abordagem propõe uma visão que ultrapassa leituras simplificadas e utilitaristas centradas exclusivamente na dicotomia beneficência versus autonomia, orientando a construção de práticas mais sensíveis às desigualdades e às condições reais de vida das pessoas (Souza; Lisboa, 2016; Garrafa, 2009).

Com base nesse entendimento ampliado, o referencial da vulnerabilidade pode desempenhar papel central na rearticulação do processo de comunicação em saúde, oferecendo subsídios importantes para essa abordagem. Isso porque, para além de representar um obstáculo ao exercício das autonomias, as vulnerabilidades, em suas diversas manifestações individuais e coletivas, podem ser compreendidas como mecanismos de promoção de direitos (Souza; Souza, 2025).

Dentro dessa perspectiva, o conceito de vulnerabilidade pode ser explorado a partir de diversos pontos de vista, destacando-se, no contexto estudado, as dimensões individual, social e programática, frequentemente empregadas no contexto da educação em saúde (Meyer *et al.*, 2006), assim como a abordagem das camadas de vulnerabilidade (Luna, 2008).

A primeira compreensão mencionada, que aborda as dimensões da vulnerabilidade na educação em saúde, não considera a vulnerabilidade como um conceito fixo, mas como uma condição relacional, composta por três dimensões interligadas: a individual, que diz

respeito à quantidade e qualidade das informações disponíveis, à capacidade de compreendê-las e à disposição para transformá-las em práticas protetoras; a social, que envolve o acesso e a incorporação dessas informações na vida cotidiana, condicionados por fatores como condições materiais, acesso a instituições, influência política, superação de barreiras culturais e ausência de coerções; e a programática, que articula os níveis individual e social, refletindo a qualidade das respostas oferecidas por políticas públicas e instituições na promoção de direitos (Meyer *et al.*, 2006).

Já a abordagem das camadas de vulnerabilidade, embora voltada principalmente para pesquisas com seres humanos, também oferece importantes subsídios sobre a relevância de reconhecer como diferentes variáveis se manifestam e interagem em contextos diversos, inclusive na saúde, para a elaboração de estratégias mais eficazes. Essa perspectiva rejeita soluções prontas ou fórmulas pré-estabelecidas e valoriza a análise das múltiplas dimensões do contexto, promovendo um pensamento flexível, dinâmico e criativo (Luna, 2008).

Ademais, é preciso compreender a vulnerabilidade, além de um meio de proteção, como um meio de promoção de direitos.

A partir desses referenciais, ficam evidentes as limitações de reduzir o processo decisório à simples assinatura de um documento e a comunicação em saúde a um ato unilateral do profissional de transmitir informações ao/à paciente ou usuário/a. Em contrapartida, abordagens mais flexíveis e abrangentes permitem a compreensão desse processo como uma construção dialógica e contextualizada, que valoriza as singularidades das pessoas e promove decisões compartilhadas, alinhadas aos seus valores, experiências, autonomias e vulnerabilidades, o que abre caminho para repensar as formas de registrar essa comunicação, buscando alternativas ao modelo tradicional do TCLE.

Ao se tratar do direito à comunicação, é comum que ele seja associado unicamente à liberdade de expressão. No entanto, esse direito envolve também o acesso à informação, o direito de ouvir e ser ouvido e a participação ativa nos processos comunicativos. No campo da saúde, essa compreensão ganha especial relevância, pois democratizar a comunicação exige romper com estruturas verticalizadas e promover o diálogo, valorizando a pluralidade e a diversidade humanas. Assim, o direito à saúde está profundamente ligado à construção de práticas comunicativas mais horizontais, inclusivas e atentas às desigualdades estruturais (Stevanim; Murtinho, 2021).

Com base nessa concepção ampliada, abre-se espaço para relações mais simétricas entre profissionais e pacientes ou usuários/as, como propõe o modelo de decisão compartilhada, amplamente discutido na literatura. Nesse modelo, ambos assumem, de forma

colaborativa, a responsabilidade pelas decisões clínicas, por meio da troca mútua de informações, preocupações e expectativas. As autonomias, nesse processo, não são algo que o/a profissional confere ao/à paciente ou usuário/a, mas uma construção relacional, que se desenvolve à medida que a pessoa acumula experiências e amplia sua capacidade de refletir e decidir. Ela se consolida à medida que a liberdade ocupa o lugar antes dominado pela dependência (Carmes; Tesser; Cutolo, 2024).

Nesse sentido, o educador Paulo Freire (1987) defende a dialogicidade como essência da educação enquanto prática da liberdade, uma perspectiva que, por analogia, também pode iluminar a comunicação em saúde como instrumento de emancipação. Dessa forma, cria-se um ambiente propício para a construção de autonomias reais, entendidas não como atributos individuais isolados, mas como processos relacionais e dinâmicos que se fortalecem na interação horizontal e no reconhecimento das diferenças, especialmente ao considerar as vulnerabilidades, respeitando as experiências e contextos de cada pessoa.

Como já mencionado anteriormente, o TCLE cumpre, por um lado, a função de tutela dos direitos do/a paciente ou usuário/a e, por outro, garante aos/as profissionais e instituições a demonstração da adoção de boas práticas, protocolos e o consentimento para as intervenções (Sá; Souza, 2021). Embora não haja uma determinação legal específica quanto à sua forma, existem orientações sobre sua estrutura e os elementos essenciais. Geralmente, recomenda-se que o TCLE seja elaborado por escrito, contendo a descrição dos procedimentos, as possíveis terapias e as consequências positivas e negativas reconhecidas na literatura, sempre apresentado em linguagem acessível (Sá; Naves, 2023).

Aqui, no entanto, não se propõe a criação de um instrumento semelhante ao TCLE, ainda que mais abrangente. Ao contrário, parte-se do reconhecimento, com base na perspectiva freiriana, de que, assim como “ninguém educa ninguém” (Freire, 1987, p. 39), tampouco alguém simplesmente esclarece outra pessoa. O que se propõe é compreender o consentimento não como uma consequência linear de um procedimento informacional, mas como parte integrante de um processo dialógico.

Assim, nas situações em que o/a profissional de saúde ou a instituição julgarem necessário formalizar o processo, seja por cautela ou a pedido do/a próprio/a paciente ou usuário/a, o registro deve refletir com fidelidade as possibilidades construídas conjuntamente, bem como as deliberações realizadas de maneira compartilhada. Justamente por não haver forma legalmente prescrita, nada impede que esse registro seja construído bilateralmente, contemplando não apenas os limites do consentimento, mas também eventuais conflitos,

crenças, comportamentos, condições sociais e vulnerabilidades que possam influenciar a relação estabelecida, além dos elementos tradicionalmente presentes em um TCLE.

Práticas já realizadas na área da saúde ilustram a viabilidade dessa proposta. É o caso dos chamados planos de parto, que vêm sendo gradualmente incorporados como ferramentas de organização do cuidado centrado na pessoa gestante. Esses documentos, elaborados pela própria gestante ou construídos de forma colaborativa, envolvem a sua participação ativa, além do/a médico/a responsável pelo parto e, por vezes, de outros/as profissionais da equipe de saúde. Buscam, assim, contemplar os valores, desejos e expectativas da gestante em relação ao parto. O plano de parto, nesse contexto, consolida-se como um eixo estruturante da relação clínica, servindo de referência para orientar os cuidados ao longo de todo o processo de parto e nascimento (Santos *et al.*, 2019).

Nesse sentido, aponta-se para a necessidade de transformar os processos comunicativos em saúde, superando a mera formalização documental e abrindo espaço para a construção conjunta das decisões, que reconheça as singularidades, condições, vulnerabilidades e autonomias de cada pessoa.

Estudos no campo da educação em saúde coletiva, aliados às propostas educacionais emancipatórias no âmbito da saúde, podem fortalecer a construção teórica e a implementação de práticas mais dialógicas e colaborativas, ampliando as autonomias dos/as pacientes e usuários/as e contribuindo para uma atenção em saúde mais ética, inclusiva e centrada no cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sua configuração atual, o TCLE atua predominantemente como um mecanismo formal de registro, com limitada eficácia no fortalecimento das autonomias dos/as pacientes e usuários/as. Apesar disso, a literatura biojurídica destaca a relevância de uma comunicação horizontal e dialógica, especialmente em contextos de consentimento e tomada de decisão, apontando que o exercício das autonomias não deve se restringir à assinatura do TCLE, mas permear toda a interação profissional-paciente.

Nesse sentido, experiências que incorporam práticas comunicacionais horizontais, fundamentadas em perspectivas emancipatórias da educação em saúde, mostram-se promissoras ao ampliar a participação de pacientes e usuários/as nos processos decisórios. Tais práticas favorecem a construção compartilhada de escolhas terapêuticas e o fortalecimento do vínculo profissional-paciente.

Assim, a superação do modelo vertical exige a ressignificação do TCLE, integrando-o a processos comunicativos mais inclusivos, éticos e centrados no cuidado, capazes de assegurar autonomia e protagonismo aos indivíduos envolvidos. Essa transformação demanda repensar não apenas a forma e a linguagem do documento, mas também a postura dos profissionais de saúde, promovendo diálogo efetivo, corresponsabilidade nas decisões e fortalecimento do vínculo com os pacientes.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2004.v8n14/73-92/pt>. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Recomendação n.º 1, de 2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Código Civil. **Lei n. 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

CARMES, Braulino Alexandre; TESSER, Charles Dalcanale; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Contribuições de Paulo Freire para a melhoria da relação médico-paciente. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 48, n. 142 jul-set, p. e8790, 2024. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8790>. Acesso em: 7 ago. 2025.

COMISSÃO NACIONAL PARA A PROTEÇÃO DOS SUJEITOS HUMANOS EM PESQUISA BIOMÉDICA E COMPORTAMENTAL. **Relatório de Belmont**: princípios éticos e diretrizes para a proteção dos sujeitos humanos em pesquisa. Washington, D.C., 1978. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>. Acesso em: 7 ago. 2025.

FARIA, Roberta Elzy Simiqueli. **AUTONOMIA DA VONTADE E AUTONOMIA PRIVADA**: Uma distinção necessária. FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de.; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Coord.). **Direito Civil: Atualidades II**. Belo Horizonte: Del Rey, 2007. P.55-71

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética** (Impr.), v. 13, n. 1, 14 set. 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/97. Acesso em: 12 mar. 2025.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. **(Re)pensando a pesquisa jurídica**. 5. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Almedina, 2020.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: a metáfora de las capas. **Jurisprudencia Argentina**, IV, Fascículo 1, p. 60-67, 2008. Disponível em: https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.1.%20Luna%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.

MEYER, Dagmar E. Estermann; MELLO, Débora Falleiros de; VALADÃO, Marina Marcos; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/k5gxyfQdHPLf9nBv6knHRvv/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato Oliveira. **Bioética e Biodireito**. 6. ed. São Paulo: Editora Foco, 2023.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; SOUZA, Iara Antunes de. Termo de consentimento livre e esclarecido e responsabilidade civil do médico e do hospital. In: Nelson Rosenvald, Joyceane Bezerra de Menezes e Luciana Dadalto (Org.). **Responsabilidade Civil e Medicina**. 2. ed. Indaiatuba/SP: Foco, 2021, p. 59-78.

SALCI, Maria Aparecida; MACENO, Priscila; ROZZA, Soraia Geraldo; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: a vivência de profissionais da atenção básica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VSdJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/?lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2025.

SANTOS, Fernanda Soares de Resende; SOUZA, Paloma Andrioni de; LANSKY, Sônia; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson de; MATOZINHOS, Fernanda Penido; ABREU, Ana Luiza Nunes; SOUZA, Kleyde Ventura de; PENA, Érica Dumont. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

STEVANIM, Luiz Felipe; MURTINHO, Rodrigo. **Direito à comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

SOUZA, Iara Antunes de. Autonomias: uma proposta biojurídica e decolonial de revisão. In.: SÁ, Maria de Fátima Freire de; ARAÚJO, Ana Thereza de Araújo; SOUZA, Iara Antunes de. **Anais do II Congresso Internacional Bioética e Biodireito**. Autonomia e Biodireito: entre as fronteiras do Direito Civil e do Direito Penal. São Paulo: D'Plácido, 2025. P. 159-176.

SOUZA, Iara Antunes de; LISBÔA, Natália de Souza. Princípios bioéticos e biojurídicos: uma visão baseada nos direitos humanos. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NOGUEIRA, Roberto Henrique Pôrto; SCHETTINI, Beatriz (org.). **Novos direitos privados**. 1. ed. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2016. v. 1, p. 1-15.

SOUZA, Iara Antunes de; SOUZA, Luiza Pinheiro Chagas Leite. O reflexo da compreensão de vulnerabilidade na autonomia reprodutiva da mulher. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2025. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/11054>. Acesso em: 7 ago. 2025.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil**, [S. l.], v. 16, p. 75, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232>. Acesso em: 14 ago. 2025.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>. Acesso em: 10 jul. 2025.