



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MILENA FERREIRA SOUZA OLIVEIRA

**DIREITO DE RECUSA TERAPÊUTICA E PARÂMETROS DE
ADEQUAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

Salvador
2023

MILENA FERREIRA SOUZA OLIVEIRA

**DIREITO DE RECUSA TERAPÊUTICA E PARÂMETROS DE
ADEQUAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, como
requisito parcial para obtenção do grau de bacharel
em Direito.

Orientadora: Prof.^a. Ana Thereza Meirelles

Salvador
2023

TERMO DE APROVAÇÃO

MILENA FERREIRA SOUZA OLIVEIRA

DIREITO DE RECUSA TERAPÊUTICA E PARÂMETROS DE ADEQUAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____/____/ 2023.

Este trabalho monográfico é dedicado ao meu cachorrinho, Kadu, companheiro diário que esteve presente durante esses meses dedicados a escrita e a quem eu devo muito carinho e amor.

“A justiça atrasada não é justiça; senão injustiça qualificada e manifesta.”
Rui Barbosa

RESUMO

O presente trabalho monográfico é destinado a analisar os direitos inerentes ao paciente que oferta a recusa terapêutica em determinados tratamentos que possam ir de encontro com suas crenças, religião e princípios étnicos, sem que isto prejudique a sua saúde física e bem-estar moral, bem como as repercussões dessa decisão dentro da relação médico - paciente. Para tanto, foi feita a análise de direitos fundamentais como: o direito à autonomia, à capacidade, à vulnerabilidade, à liberdade e o dever de informação. Buscou-se investigar os conceitos de autonomia, capacidade e vulnerabilidade como premissas à aferição da condição para o exercício da recusa, bem como analisar os espectros constitucionais e infraconstitucionais deste direito, considerando a sua dimensão fundamental. Como pressupostos indispensáveis, investigou-se o papel da informação e da compreensão como argumentos legitimadores à conformação da relação adequada entre o médico e o paciente. Verificou-se que a causa mais recorrente que impede o consentimento esclarecido do paciente diante de um procedimento médico é a própria ausência de compreensão dos termos adotados pelo médico ao informar o paciente sobre o seu tratamento, sendo assim, dá-se a importância de implementação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para garantir a autonomia do paciente e promover a dignidade humana. Partiu-se da necessária ponderação do direito de recusa como uma expressão importante da concepção do projeto existencial do indivíduo, investigando as situações que acarretam a recusa de tratamento terapêutico pelo paciente e que criam um ambiente de discordância, exigindo do profissional médico conhecimentos dentro do âmbito da ética médica e o respeito à autonomia do paciente. Também se evidenciou que o repertório do médico deve estar alinhado com as novas tecnologias e alternativas terapêuticas, para que o paciente possa dispor de um número maior de opções de tratamento caso venha ofertar a recusa ao tratamento sugerido, por razões ideológicas e ou religiosas. Os princípios da autonomia e da beneficência são, então, as questões éticas mais recorrentes nessa temática. Também buscou-se compreender as dimensões da vulnerabilidade humana, as possíveis vulnerabilidades médicas, os limites jurídicos da admissibilidade da recusa terapêutica e até que ponto o médico pode agir de acordo com a objeção de consciência diante da recusa. Para tal, portanto, foi utilizado uma abordagem qualitativa, com adoção de levantamento bibliográfico, haja vista que houve embasamento em doutrina, livros, artigos, anais e pesquisas, acerca dessa temática, a fim de garantir um processo de construção de conhecimento.

Palavras-chave: recusa à tratamento terapêutico; direito à informação adequada; termo de consentimento; relação médico-paciente; autonomia; vulnerabilidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 AUTONOMIA, CONSENTIMENTO E VULNERABILIDADE NA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE	12
2.1 PERSPECTIVAS DA AUTONOMIA	15
2.1.1 Autonomia para a bioética principialista	16
2.1.2 Autonomia no Direito	18
2.1.3 Autonomia versus Capacidade	20
2.3 AS DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE HUMANA	22
2.3.1 Conceito de vulnerabilidade	25
2.3.2 Tipos e Classificações	29
2.3 O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	29
3 O DIREITO DE RECUSA TERAPÊUTICA	36
3.1 O DIREITO DE RECUSAR TRATAMENTO MÉDICO À LUZ DO ART. 15 DO CÓDIGO CIVIL	37
3.2 O DIREITO DE RECUSA TERAPÊUTICA NA RESOLUÇÃO DO CFM	38
3.3 OS LIMITES JURÍDICOS DA ADMISSIBILIDADE DA RECUSA TERAPÊUTICA	39
3.4 PONTOS FUNDAMENTAIS DA RECUSA DIANTE DA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE	41
3.4.1 O papel da informação	42
3.4.2 O diálogo cuidadoso entre os sujeitos envolvidos	48
3.4.3 A compreensão pelo paciente	49
4 PARÂMETROS DE ADEQUAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO DIANTE DA RECUSA	51
4.1 AS POSSÍVEIS VULNERABILIDADES MÉDICAS	52
4.2 A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA DIANTE DA RECUSA	53
4.2.1 Notas conceituais sobre objeção de consciência médica	55
4.2.2 (In) admissibilidade da objeção: pontos de esclarecimento	57
4.2.3 Os efeitos da conduta objetora médica	58

4.3 A NECESSIDADE DE CLAREZA DA LEGISLAÇÃO EM PROL DA PROTEÇÃO DO PACIENTE E DO MÉDICO	59
5 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

A construção da relação médica na contemporaneidade diferencia-se das relações médicas paternalistas do passado, isso porque anteriormente essa relação era assimétrica, em que o médico assumia o posto de uma figura incontestável, adotando uma linguagem científica muito rebuscada, fortalecendo a hierarquia e o temor reverencial. O paciente era uma figura altamente dependente do conhecimento do profissional, um sujeito subordinado em uma relação dispare, em que em nome do princípio da beneficência era submetido a procedimentos cirúrgicos ou tratamentos, sem maiores esclarecimentos e opções, a decisão era tomada apenas pela figura médica.

À época, no Brasil, a relação médico-paciente tinha como pilares premissas indispensáveis como o respeito, a reverência e a amizade. Espaço para indagações, desconfianças e questionamentos não eram bem quistos, afinal, dentro dessa relação não se admitia dúvidas sobre a qualidade dos serviços prestados.

Alguns fatores como o desenvolvimento científico, criação de novos centros de saúde, surgimento de grandes hospitais e com a crescente demanda por vinculação a planos de saúde, possibilitaram que o profissional da medicina se distanciasse cada vez mais dos pacientes. Esse novo cenário, modificou significativamente a denominação que os sujeitos dessa relação possuíam, pois o paciente passou a figurar como usuário e o médico como um prestador de serviços. Diante disso, evidenciou-se uma sociedade cada vez mais consumista, ciente dos direitos atinentes a essa relação e mais seletiva quanto aos resultados obtidos na prestação do serviço médico.

A interposição institucional atual, seja no âmbito público ou privado, possibilitou uma maior desconformidade dos sujeitos envolvidos nessa relação. O médico saiu do campo do médico da família e passou a ser o especialista.

Embora seja um direito fundamental do paciente, o direito de recusa terapêutica envolve temáticas complexas, já que toca em questões éticas e legais de suma importância na relação entre o médico e o paciente. O direito de recusa deve ser utilizado com cautela e em situações específicas, observando-se sempre os parâmetros da atuação do profissional médico, pois estes são fundamentais para orientar a prática clínica a ser desempenhada diante da oferta da recusa.

Um dos principais parâmetros a ser observado é o princípio da autonomia do paciente, pois este assegura o direito de decidir sobre o próprio corpo e sobre o tratamento a ser realizado. O profissional médico deve respeitar a vontade do paciente e não interferir na sua decisão, desde

que essa decisão seja livre e esclarecida. Nesse sentido, é importante que o médico forneça informações dotadas de clareza e objetividade, descrevendo as opções de tratamento, os riscos e benefícios de cada uma delas, bem como as consequências da oferta de recusa terapêutica. Assim, o paciente poderá tomar a decisão de forma consciente sobre o tratamento e livre de vícios ou ruídos.

Outro parâmetro importante é o princípio da não maleficência, que implica na obrigação do médico de não causar danos ao paciente. O profissional médico deve imprimir esforços para avaliar cuidadosamente os riscos e benefícios do tratamento, bem como as consequências da recusa terapêutica e debater essas questões com o paciente. O objetivo principiológico é garantir que a decisão de recusar o tratamento não prejudique a saúde ou o bem-estar do paciente, levando a riscos posteriores.

Além disso, o princípio da beneficência, traz a perspectiva de que o médico deve agir em benefício do paciente, buscando alternativas terapêuticas que possam atender às necessidades e expectativas deste sujeito, e que estejam de acordo com suas crenças, valores éticos e religiosos, garantindo que o paciente tenha acesso a um tratamento que seja adequado e que possa melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Por fim, é importante destacar que o direito de recusa terapêutica tem limites legais que devem ser respeitados tanto pelo médico, quanto pelo paciente. Em situações em que a recusa do tratamento terapêutico pode colocar em risco a vida ou a saúde do paciente, o médico pode ser obrigado a intervir mesmo contra a sua vontade. Em casos sensíveis e que há a possibilidade de recusa, é importante que o médico avalie cuidadosamente a situação e tome a decisão que seja mais adequada e que melhor atenda aos interesses do paciente.

Assim, os parâmetros de adequação da atuação do profissional médico são fundamentais para orientar a prática clínica em relação ao direito de recusa terapêutica, garantindo que o paciente tenha acesso a um tratamento adequado e que acima de tudo respeite suas escolhas e necessidades.

Isto posto, o objetivo deste projeto monográfico é analisar o direito de recusa terapêutica sob a ótica dos parâmetros de adequação da atuação do profissional médico, buscando compreender de que forma o direito de recusa terapêutica pode ser aplicado com ética e responsabilidade, a fim de garantir a proteção do paciente e do médico, respectivamente. Está escrita se debruçará sobre os princípios éticos que norteiam a relação médico-paciente, as vulnerabilidades existentes no âmbito dessa relação, o consentimento, a autonomia, bem como a legislação brasileira vigente, buscando contribuir para o debate acerca do tema e o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem a proteção dos direitos e a dignidade dos

pacientes, sem comprometer a ética profissional e a qualidade dos cuidados em saúde fornecidos pelos profissionais médicos.

2 AUTONOMIA, CONSENTIMENTO E VULNERABILIDADE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A medicina contemporânea tece uma nova perspectiva acerca dos elementos fundamentais à adequada conformação da relação médico-paciente, quais sejam a autonomia, o consentimento e a vulnerabilidade. A ausência de parâmetros éticos e jurídicos dentro dessa temática da autonomia, do consentimento e da vulnerabilidade, traz uma necessidade maior de discursão sobre os fundamentos basilares que devem direcionar a relação entre o médico e o paciente.

Na antiguidade grega, a palavra autonomia era utilizada amplamente para fazer menção à autogestão ou ao autogoverno. Após este período, passou-se a utilizar a palavra autonomia para indicar direitos de liberdade, direitos individuais, autogoverno e liberdade da vontade. Há duas condições essenciais à autonomia, quais sejam: i) a liberdade (independência de influências que possam exercer controle sobre o indivíduo autônomo) e; ii) a qualidade autônoma do agente, ou seja, a capacidade de agir intencionalmente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Beauchamp e Childress (2002, p. 138) autores da bioética principialista, afirmam que, de acordo com algumas teorias da autonomia “os traços da pessoa autônoma são capacidade de autogoverno, tais como a compreensão, o raciocínio, a deliberação e a escolha independente,” os autores destacam ainda que mesmo os indivíduos com capacidade de autogoverno estão sujeitos a falhar no exercício de exercer a autonomia, considerando fatores como doenças, coerção, depressão, ignorância e pressões externas, restringindo assim as opções disponíveis.

De acordo com as regras da etimologia, fragmentando a palavra autonomia, “autos” significa próprio e “nomos” refere-se a normas e regras (FERREIRA, 1999).

Ainda, Beauchamp e Childress fazem uma distinção entre ser autônomo e ser respeitado como agente autônomo:

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a ação respeitosa, e não meramente uma atitude respeitosa. Ele exige também mais que obrigação de não-intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem a sua autonomia. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 142-143)

Assim, a palavra autonomia remete a faculdade que um indivíduo ou uma coletividade têm de autorregulamentação, ou seja, a possibilidade de autorreger-se. Noutro giro, é possível definir a autonomia ou o agir autônomo como aquele que é desimpedido na perspectiva do plano do ser individual (PEREIRA JÚNIOR; PEREIRA; FERREIRA, 2018).

Mesmo com a necessidade de universalizar a atenção básica à saúde e oferecer atendimentos de qualidade diante da manifestação de episódios de doenças, geralmente o que de fato é evidenciado é a procura do médico que está ao alcance do paciente. Não há um equilíbrio existente na sociedade que forneça de maneira justa a todos os cidadãos a mesma atenção à saúde. Dentro dessa perspectiva, há uma deterioração na relação entre o médico e o paciente, faltando para o sujeito passivo dessa relação o primeiro de seus direitos salvaguardados, que é o de escolher de forma autônoma o que melhor convier para tratar a sua enfermidade.

O princípio da autonomia do paciente é um dos pilares presentes na bioética para melhor compreender a perspectiva da autonomia na relação médico-paciente. De acordo com esse princípio, ao paciente deve ser dado o poder de escolha das decisões relacionadas ao seu respectivo tratamento, é o reconhecimento de que a pessoa possui capacidade para se autogovernar. Assim, sem influências externas, ou seja, livre para se autogovernar, o indivíduo pautado nesse princípio que ampara o respeito pelo poder de decisão e ação do ser humano, poderia exercer sua autonomia livremente (RAMPAZZO, 2021).

Com o surgimento desse princípio, houve uma significativa modificação dentro da relação médico-paciente, pois a relação de autoridade que o médico assumia, de forma gradativa foi perdendo espaço para o poder de decisão do paciente, fazendo com que este, passe a ser um sujeito partícipe no tratamento.

Segundo Rampazzo (2021, p. 209) “a pessoa autônoma na decisão envolvendo o ato médico é aquela razoavelmente capaz de receber a informação, compreender, raciocinar e deliberar no momento adequado e em relação a um determinado ato,” afirmando a importância do ser autônomo dentro da relação médico-paciente.

Nesse ínterim, o direito civil prevê as situações que podem ocasionar a vulnerabilidade do sujeito quando a autodeterminação é frustrada, indeterminando o indivíduo que deveria assumir a posição de interlocutor. A palavra vulnerabilidade tem origem latina e é derivada de “vulnus” que significa ferida. Assim, a vulnerabilidade é a possibilidade do indivíduo de ser ferido em uma situação agravada (NEVES, 2006).

Para Freire de Sá e Moureira (2017, p. 3) “os vulneráveis são aqueles que possuem restrições participativas na autodeterminação como interlocutores nas relações jurídicas nas

quais se posicionam nos polos subjetivos.” Dessa forma, a análise do que é vulnerabilidade para o direito civil esta inteiramente ligada a possibilidade participativa do individuo no processo de autodeterminação.

A situação de vulnerabilidade do paciente começa quando ao procurar alívio para o seu sofrimento, depara-se com as dificuldades que a sociedade estabeleceu anteriormente para que a atenção médica seja ofertada, onde o paciente por vezes não pode exercer o direito de escolha com qual profissional se tratar. A realidade que abrange essa situação é a de que uma pequena parcela da sociedade possui a liberdade de decidir livremente, dentro dos limites adotados, ou seja, grande parte da população não possui acesso ao nível de atenção médica básica.

Existem episódios que podem tirar do paciente a sua autonomia e liberdade, causando situações de vulnerabilidade na relação médico-paciente como: a) desrespeito às crenças do paciente; b) omissão diante de erro médico; c) ultrapassar limites psicológicos do paciente; d) constrangimentos; e) simulação por parte do profissional médico; f) fuga das recomendações das resoluções acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na perspectiva do profissional médico, a vulnerabilidade pode ser identificada pela falta de condições mínimas para exercer dignamente a profissão, pelas situações sensíveis que envolvem crenças e religião do paciente, pela inexatidão das ciências biológicas, as expectativas por vezes irreais de familiares dos pacientes, superlotação de hospitais e a parca contraprestação pelos serviços prestados (AMORIM, 2018).

O consentimento na relação médico-paciente é utilizado para referir-se à autorização ou concordância do paciente com relação a uma determinada ação ou procedimento. Existem duas maneiras de fornecer este consentimento, podendo ser de forma expressa ou implícita. O consentimento expresso ocorre quando o paciente fornece a autorização explícita e verbal ou escrita para a realização de um determinado procedimento ou tratamento. Já o consentimento implícito ocorre quando o paciente não expressa uma autorização explícita, mas o seu comportamento sugere que ele está de acordo com a realização do procedimento ou tratamento sugerido pelo profissional médico (SÁ; NAVES, 2015).

Assim, destaca-se que o consentimento é um aspecto fundamental na relação médico-paciente, pois garante que o paciente esteja ciente e de acordo com os procedimentos e tratamentos que serão realizados em seu corpo enfermo. É uma forma simples e eficaz de proteger a autonomia do paciente e garantir que ele possa tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar. Além disso, o consentimento é um requisito legal para a realização de muitos procedimentos e tratamentos, e pode ser utilizado como prova em caso de processos judiciais por má conduta médica ou não observância das condutas médicas.

Nesse aspecto, surge o consentimento informado, uma ferramenta mais detalhada e completa de consentimento, pois relaciona a apresentação de informações claras e objetivas pelo médico sobre o diagnóstico, as opções de tratamento, os riscos e benefícios de cada um desses procedimentos, e as consequências da recusa terapêutica, compiladas em um documento que deve ser apresentado ao paciente. Considerando essas informações, o paciente pode tomar uma decisão de forma clara e consciente.

2.1 PERSPECTIVAS DA AUTONOMIA

A divergência entre crenças e moralidade dos indivíduos evidencia que a autonomia de cada um é motivada pelo direito fundamental à liberdade, podendo muitas vezes direcionar a caminhos diferentes.

Ao ser estudada sob a ótica do direito, a autonomia requer a apropriação de um conteúdo amplo, que se origina nas relações contratuais e patrimoniais. Dentro desse dogma da vontade, baseado no liberalismo, em reformulação pelo estado, substituiu-se a autonomia da vontade por autonomia privada, objetivando preservar direitos constantemente sobrepujados em acordos contratuais (NEVES; MEIRELLES, 2018).

A autonomia privada prevê a auto-regulamentação de interesses patrimoniais e não patrimoniais, conferindo validade jurídica ao conteúdo regulado pelo seu titular, levando em consideração as particularidades jurídicas relacionadas às situações subjetivas.

A autonomia é um meio de concretização da dignidade da pessoa humana, uma forma de efetivar escolhas simples ou complexas e um atributo essencial para o desenvolvimento da existência plena do ser humano. A multiplicidade de situações existenciais torna a delimitação e o reconhecimento da incidência da autonomia ainda mais difícil, uma vez que elas não se limitam mais a questões clássicas, como a capacidade civil e o direito de família. O acesso à informação médica em questões como procedimentos assistidos de reprodução, biotecnologia ou disposição sobre o próprio corpo potencializa as discussões (NEVES; MEIRELLES, 2018).

O direito de exercer a autonomia, juridicamente reconhecido, agora também está inserido em contextos complexos, uma vez que as relações sociais em geral estão sendo desenvolvidas a partir de demandas novas originadas no acesso ao conhecimento científico e no conhecimento sobre os próprios direitos inerentes a personalidade.

A autonomia pode ser abordada por diferentes perspectivas, quais sejam: i) filosófica; ii) ética; iii) legal e; iv) psicológica. Dentro dessas perspectivas em autonomia é pacífico o entendimento de que deve ser considerada como um valor fundamental, respeitada e promovida.

A perspectiva filosófica define a autonomia como a capacidade de uma pessoa de tomar decisões livres e conscientes, considerando as suas próprias crenças e valores. Dentro dessa perspectiva filosófica a autonomia é vista como um valor intrínseco que deve ser respeitado e promovido.

Outra perspectiva é a ética, que relaciona a autonomia com a obrigação dos profissionais de saúde de respeitarem as decisões do paciente e promoverem o seu bem-estar. Nesse contexto, entende-se a autonomia como um direito fundamental do paciente que deve ser protegido e promovido pelos profissionais de saúde.

Além disso, há a perspectiva legal, que se baseia nas leis e normas vigentes que regulamentam a relação entre pacientes e profissionais de saúde, entendendo a autonomia como um direito legalmente reconhecido, devendo ser amplamente difundido e respeitado.

Noutro sentido, a perspectiva da psicologia destaca a importância do desenvolvimento da autonomia ao longo da vida do indivíduo como um ser autônomo. A partir dessa perspectiva, a autonomia é vista como uma habilidade que pode ser desenvolvida através de experiências de vida e interações sociais.

Na área da saúde, a perspectiva da autonomia ganha uma conotação diferente porque defende que as pessoas tenham o direito de escolher suas próprias opções de tratamento ou procedimento, mesmo que essas escolhas possam ser diferentes das escolhas sugeridas pelos profissionais da área médica.

Há uma importante repercussão da perspectiva da autonomia na relação médico-paciente, pois esta defende que o paciente deve ser visto como um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, haja vista que o médico deve colocar o paciente a par das decisões relacionadas ao seu tratamento, fornecendo informações claras e objetivas sobre as opções de procedimentos, tratamentos, os riscos e os benefícios de cada uma delas, e as consequências da recusa terapêutica.

Em relação as políticas públicas de saúde, a perspectiva da autonomia defende que estas devem respeitar as escolhas e preferências individuais dos pacientes, e que devem ser sensíveis às diferenças culturais, sociais, étnicas e religiosas. Destaca-se que as políticas no âmbito da saúde devem ser desenvolvidas de forma a estimular a participação e inclusão, envolvendo os sujeitos diretamente afetados e permitindo que eles expressem suas opiniões e necessidades.

2.1.1 Autonomia na Bioética Principlista

No ano de 1974, o governo americano construiu a comissão nacional para proteção dos seres humanos em pesquisa biomédica e comportamental. Essa comissão foi criada em resposta

a uma experimentação feita em seres humanos. A comissão nacional estava direcionada a conduzir um estudo para identificar princípios éticos básicos que deveriam ser utilizados como princípios norteadores na pesquisa experimental humana. Após quatro anos publicou-se o Relatório Belmont, destacando três princípios norteadores: i) justiça; ii) autonomia e; iii) beneficência.

Atualmente, após a obra Princípio de Ética Biomédica de Beauchamp e Childress ser publicada, adotou-se mais um princípio, o da não maleficência. A teoria da bioética principialista é a mais difundida no campo da bioética, considerando processos de especificação e ponderação.

Apesar do Relatório Belmont ter inaugurado a preocupação com princípios éticos, apenas direcionou para as questões éticas que giram em torno da pesquisa feita em seres humanos, deixando de lado a prática médica assistencial e clínica. Já Beauchamp e Childress (2002), tratam dos princípios morais que devem ser aplicados no campo da biomedicina com um enfoque mais direcionado para o principialismo, por entenderem a ética biomédica como uma ética aplicada, ou seja, direcionada para a prática médico-assistencial.

De acordo com o que preceitua esses autores, a bioética tornou-se principialista por tais razões:

i) Os primeiros bioeticistas encontram na ética normativa de seu tempo, no estilo dos princípios, a via média entre a terra árida da metaética ou metafísica e as riquezas das visões da ética teológica, mas geralmente inacessíveis. ii) O Relatório Belmont foi o documento fundamental que respondeu à necessidade dos responsáveis pela elaboração de normas públicas, de uma declaração simples e clara, das bases éticas para regulamentar a pesquisa. iii) A nova audiência composta por médicos e estudantes de medicina, entre outros profissionais da área da saúde, foi introduzida nos dilemas éticos da época por meio da linguagem dos princípios que, mais do que complexificar, na verdade ajudou a entender, clarear e chegar a acordos procedurais em questões extremamente difíceis e polêmicas trazidas pela tecnociência. iv) O sucesso do modelo principialista deve-se a sua adoção pelos clínicos. Os princípios deram a eles um vocabulário, categorias lógicas para percepções e sentimentos morais não verbalizados anteriormente, bem como meios para resolver os dilemas morais em determinado caso, no processo de compreensão das razões e na tomada de decisão. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 13)

Para bioética principialista, a autonomia é considerada como um princípio fundamental, pois está atrelada a capacidade individual das pessoas de tomarem decisões livres e conscientes sobre suas próprias vidas, ou seja, é a capacidade de auto governança do indivíduo.

A autonomia é um dos quatro princípios clássicos encontrados no estudo da bioética, juntamente com o princípio da não maleficência, beneficência e justiça. O princípio da beneficência é descrito como aquele em que toda a ação médica deve promover o bem e a participação do outro indivíduo, equilibrando os benefícios e prejuízos advindos de uma tomada

de decisão; o princípio da não-maleficência, é aquele em que o profissional tem o dever de não causar dano ou provocar algum mal que atinja o paciente; e o princípio da justiça é aquele em que se têm o dever de distribuir de forma equânime recursos de saúde, ou seja, possibilitar o acesso à saúde.

A pessoa considerada autônoma ao ofertar a decisão envolvendo algum ato médico, é aquela capaz de receber informações, absorver, compreender, raciocinar e decidir no momento que julgar oportuno, para o determinado ato médico ser ou não realizado.

Maria Helena Diniz ressalta que a autonomia não é um direito absoluto e que pode haver limitações impostas por outros princípios éticos, como o princípio da beneficência e o da não maleficência. No entanto, qualquer restrição à autonomia deve ser proporcional e justificada, considerando as circunstâncias específicas de cada caso (DINIZ, 2012).

Nesse sentido, de acordo com a abordagem da bioética principialista existem alguns pré-requisitos para a autonomia, quais sejam: i) A capacidade, pois o indivíduo deve ter a capacidade mental para tomar decisões informadas e ser capaz de compreender as informações fornecidas sobre o respectivo tratamento; ii) Informação adequada, pois o acesso à informação clara e precisa é indispensável para melhor compreender as opções de tratamento e os possíveis resultados; iii) Liberdade de escolha, para escolher dentre as opções de tratamento disponíveis sem coerção ou influências externas e; iv) Consentimento, pois o indivíduo deve fornecer o consentimento voluntariamente, ou seja, sem ser coagido.

2.1.2 Autonomia no Direito

No direito, à autonomia refere-se à capacidade das organizações e das pessoas em tomarem decisões e agirem de forma independente, ou seja, sem ligação com outras autoridades, pautando-se nos limites impostos pela lei, nos direitos e nas obrigações. Há dois tipos de autonomia no direito que merecem atenção, quais sejam elas: i) a autonomia privada e; ii) a autonomia da vontade. A autonomia privada refere-se à capacidade das partes envolvidas em um contrato de definirem os termos e condições que regem essa relação, desde que não contrariem a lei ou a moralidade. Já a autonomia da vontade abarca à capacidade dos indivíduos de tomarem decisões e agirem de acordo com suas próprias vontades e preferências, desde que estas não prejudiquem os direitos de outros indivíduos.

Meirelles e Kusterer entendem que:

A acepção de uma ideia sobre autonomia sob o espectro da construção jurídica tem como ponto de partida o pluralismo constitucional, revelado pelo reconhecimento do multiculturalismo, da diversidade de concepções de mundo e da construção de projetos existenciais múltiplos. A tendência não mais unificadora da vigência de uma

única concepção religiosa, por exemplo, corrobora a necessidade de pensar o papel do Estado a partir da ideia de fomento à diversidade, somente possível se assumido o protagonismo do respeito à liberdade de escolha dos indivíduos. (MEIRELLES; KUSTERER, 2022. p. 106).

Nesse interim, Franscisco Amaral define a autonomia privada e a autonomia da vontade como:

A autonomia privada é o poder jurídico dos particulares de regularem, pelo exercício de sua própria vontade, as relações de que participam, estabelecendo o seu conteúdo e a respectiva disciplina jurídica. Por muitos considerado como sinônimo de autonomia da vontade, com ela, a meu ver, não se confunde, pois a expressão ‘autonomia da vontade’ tem uma conotação subjetiva, psicológica, enquanto ‘autonomia privada’ significa o poder particular de criar relações jurídicas de que se participa. Assim, é o poder que nós, particulares, temos, de regular juridicamente as nossas relações, dando-lhes conteúdo e eficácia juridicamente reconhecidos. (AMARAL, 1999. p. 25-30).

Assim, é possível compreender que ambas as versões de autonomia estão diretamente atreladas ao conceito de liberdade e dignidade, pois possibilitam que os indivíduos e as organizações tomem decisões e ajam conforme as suas próprias convicções, necessidades e preferências, ao passo que promove paralelamente a igualdade e a proteção dos direitos e interesses das partes envolvidas.

Acerca da temática, Habermas escreveu:

A autonomia privada de um sujeito do direito pode ser entendida essencialmente como a liberdade negativa de retirar-se do espaço público das obrigações ilocucionárias recíprocas para uma posição de observação e de influência recíproca. A autonomia privada vai tão longe, que o sujeito do direito não precisa prestar contas, nem apresentar argumentos publicamente aceitáveis para seus planos de ação. Liberdades de ação subjetivas justificam a saída do agir comunicativo e a recusa de obrigações ilocucionárias; elas fundamentam uma privacidade que libera do peso da liberdade comunicativa atribuída e imputada reciprocamente. (HABERMAS, 2003. p. 156)

Kant (1974. p. 235), filósofo alemão entendia por ser a autonomia “o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional”.

Após a Segunda Guerra Mundial, com a elaboração de novas constituições, a autonomia privada ganhou um espaço mais amplo dentro da perspectiva social. No Brasil, a autonomia privada exerce a função social dos três institutos mais importantes no direito privado: o contrato – negócio jurídico, a empresa e a propriedade. Diante dessa nova conformação, a autonomia precisava atender o respeito ao próximo, aos direitos sociais, econômicos e culturais salvaguardados pela Constituição Federal de 1988.

Apesar da autonomia privada ser um direito constitucionalmente salvaguardado, está propenso a sofrer restrições, as quais só podem ocorrer por meio de justificativas legais, devendo toda hipótese de supressão ao direito inerente ao indivíduo, ser analisada de maneira individualizada pelo judiciário, que é quem detém competência para tal.

Em importante decisão, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) julgou o Recurso Especial n.º 1.540.580/DF, reconhecendo a evolução na relação médico-paciente e à irreversível mitigação do paternalismo. A decisão reconheceu que o paciente tem “capacidade de se autogovernar, de fazer opções e de agir segundo suas próprias deliberações”. (STJ, 2017, s.p.)

Desse modo, com fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana, e na garantia constitucional de que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (CF, art. 5.º, II), o STJ reconheceu que quem deve estabelecer os limites da atuação do médico é o paciente, cabendo ao médico agir apenas quando obtiver o consentimento expresso do paciente.

Essa relevante decisão torna-se importante dentro da perspectiva da autonomia na relação médico-paciente, pois indica que para o ato médico ser considerado legítimo, deverá decorrer da informação prestada ao paciente e por fim decidida livremente por este, a fim de garantir uma atuação médica juridicamente válida.

2.1.3 Autonomia versus capacidade

Embora sejam conceitos dispares, a autonomia e a capacidade encontram pontos de interseção, pois a capacidade na tomada de decisão está atrelada à decisão autônoma, bem como às questões que norteiam a validade do consentimento dentro dessa perspectiva.

Assim como autonomia, a capacidade assume uma pluralidade de significados. No âmbito do direito, a capacidade tem relevância específica direcionada ao que prevê o Código Civil, principalmente em relação as projeções dos direitos inerentes a personalidade do indivíduo e da pessoa natural.

Autonomia refere-se à capacidade de o indivíduo tomar decisões e agir de forma independente, com base em suas próprias crenças, valores étnicos, valores religiosos e objetivos pessoais. A autonomia por vezes é interpretada como a expressão da liberdade pessoal e da capacidade de escolha do sujeito.

Em uma abordagem meramente técnica, a capacidade jurídica, enquanto aptidão para adquirir direitos e cumprir de deveres pessoalmente, se subdivide em capacidade de direito ou de gozo e capacidade de fato ou de exercício. A capacidade de direito deve ser compreendida como prerrogativa indistinta a todo titular de personalidade, ou seja, a toda e qualquer pessoa natural ou jurídica. Já a capacidade de fato representa a possibilidade de praticar pessoalmente os atos da vida civil (CHAVES; ROSENVALD, 2019).

Assim, compreende-se a capacidade civil plena como ter a possibilidade irrefutável do exercício da autonomia. Os graus da capacidade de fato foram juridicamente estruturados em

suas nomenclaturas como: capacidade absoluta e relativa. A norma brasileira, então, cria categorias objetivas para determinar quem deve ser considerado absolutamente incapaz e relativamente incapaz. Essa classificação originou-se de argumentos relacionados à idade e às condições de saúde física e psíquica dos indivíduos, havendo alteração em 2015 (MEIRELLES; KUSTERER, 2022).

Nesse sentido, faz-se necessário a compreensão acerca da capacidade no Direito Médico e na Bioética, pois não bastam as aplicações das normas, mas é necessário a observância dos fatores que influenciam no crescimento das vulnerabilidades, incentivando a comunicação adequada dos profissionais da saúde desde os primeiros atendimentos, ao diagnóstico, tratamentos possíveis e eventuais entregas de notícias difíceis, para que isto seja minimizado.

No âmbito da comunicação, o exercício da autonomia exige a possibilidade do exercício da liberdade para que seja concretizada, ao passo que só é possível a tomada de decisão por aquele indivíduo que recebeu as informações devidamente e conhece a respeito do que irá decidir. Para tanto, é responsabilidade do profissional médico auxiliar na conformação de meios propícios à sua prática.

Para Luciana Dadalto:

O reconhecimento da capacidade e da autonomia do paciente é fundamental para que ele possa participar ativamente de todas as decisões relacionadas à sua saúde, desde o diagnóstico até o tratamento. A autonomia não pode ser vista como uma ameaça à autoridade do médico, mas sim como um princípio fundamental que orienta a relação entre profissional e paciente (DADALTO, 2015, p. 34).

Da teoria das incapacidades, pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, regulamentou-se, nos artigos 3º e 4º do Código Civil, que apenas indivíduos menores de dezesseis anos são considerados absolutamente incapazes, adotando como critério o limite objetivo da idade. Como relativamente incapazes, a norma admitiu algumas situações, como os indivíduos maiores de dezesseis e menores de dezoito anos, ébrios habituais e viciados em tóxicos, os que, por causa transitória ou permanente, não possam exprimir sua vontade e os pródigos. Dessa classificação, denota-se juridicamente que, o detentor da capacidade civil plena é o indivíduo maior de dezoito anos que não incide nas situações ou causas apontadas pelo artigo 4º do Código Civil brasileiro.

Segundo Maria Helena Diniz, "a capacidade é a possibilidade do indivíduo dotado de auto governança em tomar decisões com base em seus próprios valores e convicções, sem coerção externa ou possíveis interferências" (DINIZ, 2012, p. 125). Para a autora, na área da saúde, isso significa que o paciente tem o direito de decidir sobre seu próprio tratamento, desde que as informações fornecidas pelo médico sejam claras e precisas.

Capacidade, por outra perspectiva, refere-se à habilidade ou potencial de uma pessoa para desempenhar uma determinada tarefa ou função. A capacidade pode ser auferida por meio das habilidades desempenhadas pelo sujeito, recursos e outros fatores que possam contribuir para a realização de uma determinada atividade.

Há uma intercessão entre esses dois conceitos, pois a autonomia pode ser interpretada como uma expressão da capacidade de uma pessoa para tomar decisões e agir de forma independente. Além disso, a capacidade por vezes é visualizada como um pré-requisito para a autonomia, já que sem certos conhecimentos ou habilidades, uma pessoa pode não ser capaz de tomar decisões efetivas ou agir de forma independente, sem que seja assistida ou representada por outra pessoa.

No contexto das relações em saúde, é evidente que a obtenção do consentimento para a execução de protocolos clínicos ou cirúrgicos é baseada exclusivamente na verificação da capacidade. O critério ético estabelecido na norma é o único fator que limita a análise do profissional responsável ao avaliar o consentimento dado pelo paciente mediante os termos que serão assinados. Esse problema é considerável, visto que determinar apenas a capacidade do indivíduo não proporciona uma avaliação adequada de sua real autonomia.

2.2 AS DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE HUMANA

As dimensões da vulnerabilidade humana referem-se aos diferentes aspectos e situações cotidianas que podem tornar um indivíduo mais suscetível a sofrer danos, tanto em termos físicos quanto psicológicos.

O art. 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) dispõe que:

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada. (DUBDH, 2005, s.p.)

Na relação médico-paciente as dimensões de vulnerabilidade referem-se aos diferentes aspectos que podem gerar uma situação vulnerável dentro dessa relação. São cinco tipos de dimensões de vulnerabilidade, sendo elas: I) Dimensão física; II) Dimensão psicológica; III) Dimensão social; IV) Dimensão cultural e a; V) Dimensão ética.

A dimensão física refere-se à uma situação em que o paciente pode apresentar condições de saúde que possibilita uma maior vulnerabilidade a danos físicos ou a limitações que minam a autonomia desse indivíduo, que por vezes assume um papel de sujeito passivo.

A dimensão psicológica ocorre quando o paciente apresenta um estado emocional fragilizado ou sensível, que pode afetar a capacidade de assimilar informações, tomar decisões ou lidar com situações consideradas estressantes.

A dimensão social refere-se à situação em que o paciente apresenta uma posição socioeconômica desfavorável ou hipossuficiente, que pode afetar o acesso a cuidados de saúde e a capacidade de tomar decisões informadas sobre o tratamento ou procedimento indicado pelo médico.

A dimensão cultural refere-se à situação em que o paciente apresenta uma identidade cultural que diverge da identidade do profissional médico, podendo afetar a comunicação e compreensão de informações relacionadas à saúde.

Já, a dimensão ética, refere-se à situação em que há um conflito ético entre médico e paciente, relacionado ao tratamento que está sendo sugerido ou desenvolvido.

As condições de vulnerabilidade dos indivíduos envolvidos na relação médico-paciente fazem parte integrante do processo de obtenção do consentimento em saúde, cabendo ao profissional, especialmente em sua posição técnica, detectar a existência dessas condições, já que elas afetam o processo adequado de tomada de decisão.

Diante de uma ótica contrária a perspectiva restrita da vulnerabilidade, tem-se a abordagem proposta por Florência Luna, que enfatiza a natureza dinâmica e contextual do conceito como parte de seu próprio tema. Apenas ao considerar a proposta que contextualiza a ideia de vulnerabilidade com base na dinamicidade, seria possível alcançar uma compreensão legítima do que realmente significa ser vulnerável. A vulnerabilidade, portanto, deve ser compreendida como um conjunto de camadas ou perspectivas. Dessa forma, diferentes vulnerabilidades podem estar operando, sobrepondo-se ou relacionando-se a diversos problemas distintos. A abordagem proposta pela autora facilita a construção de uma concepção de vulnerabilidade que leva em conta o contexto de que trata à vulnerabilidade. Assim, a vulnerabilidade não deve ser vista como uma categoria rígida e inflexível que não pode ser superada (LUNA, 2008).

Meirelles e Kusterer entendem que:

O desafio em reconhecer a necessidade de aferir condições de vulnerabilidade é inerente ao adequado exercício da autonomia, mas não pode encampar justificativa para anulá-la, ou seja, não se deve conceber a vulnerabilidade como uma categoria rígida, inflexível e impeditiva, tendo em vista a possibilidade de torná-la óbice à perspectiva de exercício das vontades conscientes. Na esfera da relação médico-paciente, este é um desafio significativo. (MEIRELLES; KUSTERER, 2022. p. 108-109)

A primeira dimensão da vulnerabilidade trata da perspectiva de que o ser humano em si mesmo é vulnerável, ou seja, a condição de vulnerabilidade é inerente ao ser humano. Na área médica ou no ambiente hospitalar, existe um risco ligado diretamente a atividade que é desenvolvida, onde muitas vezes não há controle em relação aos riscos que acompanham as decisões médicas acerca dos tratamentos sugeridos e procedimentos cirúrgicos.

Na ótica do profissional médico, este por sua vez assume uma condição de vulnerabilidade que é imposta ante a complexidade da ciência médica, da legislação em saúde vigente e das necessidades que surgem com a evolução da sociedade, acentuando essa exposição do profissional.

Atualmente, a atividade médica é disciplinada a partir de códigos de ética, resoluções do Conselho Federal de Medicina e instruções normativas, que por vezes não trazem de forma esclarecida as informações, o que dificulta a compreensão por parte do profissional da área médica.

Noutro giro, com a crescente utilização de veículos de informação, principalmente a ferramenta do google, o paciente passa a dispor de uma maior facilidade para obter informações que em outro contexto não seriam de fácil acesso. Por vezes, esse acesso à informação por meio de plataformas digitais gera o confronto entre os conteúdos encontrados online em sites de busca e a opinião técnica fornecida pelo profissional da área médica.

A condição de vulnerabilidade do paciente é multifacetada, podendo ser determinada por fatores subjetivos, como gênero, idade, escolaridade, situação socioeconômica, entre outros. O Direito diante do reconhecimento da existência dessas vulnerabilidades, busca por meio de legislações específicas proteger grupos vulneráveis, através de leis como: a Lei Maria da Penha, o Estatuto do Idoso, do Deficiente, a legislação indígena, o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto da Criança e do Adolescente. No âmbito da relação médico-paciente, é responsabilidade do profissional identificar esse potencial condição de vulnerabilidade.

Quando se trata do direito de recusa, é importante considerar os problemas que envolvem a manifestação da autonomia de pessoas vulneráveis. O conceito complexo de vulnerabilidade parte da premissa de que a simples participação de um ser humano em uma relação que envolve riscos à sua saúde e integridade, seja em uma relação médico-paciente ou em uma pesquisa clínica, já o coloca em uma situação de vulnerabilidade. É importante ressaltar que, em alguns casos, a falta de acesso aos serviços de saúde pode fazer com que a participação em uma pesquisa clínica seja a única forma de acessar esses serviços.

Nesse sentido, essas dimensões de vulnerabilidade humana dentro da relação médico-paciente podem gerar uma complexidade ética e moral, influenciando diretamente a tomada de

decisões, o respeito entre os sujeitos ativo e passivo dessa relação, bem como o diálogo. O cuidado em saúde deve observar essas dimensões de vulnerabilidade existentes na relação médico-paciente, buscando promover a justiça e a equidade, bem como protegendo os direitos e interesses do paciente, garantindo a prestação do serviço em saúde com mais ética e segurança.

2.2.1 Conceito de vulnerabilidade

A vulnerabilidade é uma condição presente em todo ser vivo, uma vez que a vida biológica está predisposta a constantes riscos de destruição. O caráter antropológico da vulnerabilidade, destaca o reconhecimento do indivíduo vulnerável e a consciência desse indivíduo de entender que é uma condição partilhada com os demais indivíduos existentes.

Para Maria do Céu Patrão Neves, a vulnerabilidade é constitutiva do ser humano, irreduzível e inalienável (NEVES, 2006).

Nesse sentido, conceitua Bruno Miragem:

A noção de vulnerabilidade no direito associa-se à identificação de fraqueza ou debilidade de um dos sujeitos da relação jurídica em razão de determinadas condições ou qualidades que lhe são inerentes ou, ainda, de uma posição de força que pode ser identificada no outro sujeito da relação jurídica (MIRAGEM, 2013, p.114).

Ainda, em relação ao conceito de vulnerabilidade, tem-se que:

A condição humana é formada por inúmeros elementos que influenciam distintamente as nuances da existência pessoal. Sendo assim, ser vulnerável é uma condição que pode se manifestar de múltiplas formas, o que faz com que se possa falar em sentidos da vulnerabilidade. Entretanto, mesmo diante dessa pluralidade de sentidos, a capacidade de ser ferido parece despontar como um núcleo comum que une a compreensão dessa ideia (MEIRELLES; SÁ; VERDIVAL; LAGE, 2022. p. 5).

Assim, a vulnerabilidade surgiu como um conceito distante da perspectiva jurídica, estando mais direcionado ao âmbito dos estudos em bioética, bem como na área da saúde. A palavra vulnerabilidade é derivada do latim, que significa “ferida” ou a susceptibilidade de ser ferido. “Esta significação etimológico-conceitual, originária e radical, mantém-se necessariamente em todas as evocações do termo, tanto na linguagem corrente como em domínios especializados [...]” (NEVES, 2006, p.157).

Na relação médico-paciente, a vulnerabilidade refere-se à situação em que o paciente apresenta uma maior probabilidade de sofrer danos ou ter sua autonomia limitada em decorrência de sua condição de saúde, posição social, cultural, econômica ou a própria relação assimétrica ainda existente na área médica.

Ademais, ao adentrar no ambiente hospitalar, o paciente enfermo depara-se com situações como a demora no atendimento, a superlotação, estrutura hospitalar precária, falta de medicamentos essenciais para tratamentos médicos. Nesse complexo cenário, aliado ao conjunto de fatores que potencializam a vulnerabilidade do paciente, a autonomia sofre um grande comprometimento, na medida em que a capacidade de discernimento e expressão de vontades é reduzida.

Nesse interim, tem-se que:

O indivíduo hospitalizado para cirurgia está fora de seu ambiente social e cultural, afastado da rede social que lhe inspira confiança e segurança. Além disso, o desconhecimento pode comprometer a sua capacidade de opinar sobre questões relacionadas a seu tratamento. Somando a esses fatores, o paciente está submetido aos cuidados de profissionais que não reconhecem sua história, suas experiências, seus anseios e projetos de vida. Esses aspectos provocam medo, ansiedade e conflitos na tomada de decisão. A desinformação amplia o grau de incertezas e pode comprometer a qualidade da assistência (SILVA, 2017, p. 31).

O ambiente hospitalar contribui para a ampliação da vulnerabilidade na relação médico-paciente. Há duas modalidades de vulnerabilidade do paciente: I) vulnerabilidade fática e; II) vulnerabilidade técnica. A vulnerabilidade fática decorre da postura usual assumida pelo paciente, uma postura de fragilidade e submissão perante o profissional médico. Por sua vez, a vulnerabilidade técnica, dificulta a participação do paciente na tomada de decisões, justamente por se utilizar o profissional de técnicas que foram alcançadas ao longo dos anos de graduação e especialização e que, não são fáceis de apenas com explicações o paciente absorver e compreender. Daí decorre a importância do dever de informação do médico e do paciente e da linguagem adotada pelo médico ao informar.

Há situações específicas em que o profissional médico é vulnerável. As precárias condições de trabalho dos profissionais da área de saúde que lidam dia a dia com superlotações de hospitais, a ampla falta de instrumentos e medicamentos, as condições estruturais dos hospitais defasadas, a parca contraprestação dos serviços e a carga horária semanal exaustiva, são exemplos de vulnerabilidades médicas existentes no âmbito hospitalar. De um lado há condições precárias de trabalho e, de outro, a fragilidade emocional do paciente e suas expectativas quanto ao tratamento médico para o seu caso.

O ambiente hospitalar é um fator contribuinte dentro da relação médico-paciente, para propiciar situações vulneráveis. Ao procurar atendimento médico, em verdade, o paciente já se encontra fragilizado, não só por seu quadro clínico possivelmente alterado, mas pelo conjunto de fatores que desencadearam a procura pelo serviço de saúde.

Nesse sentido, afirma Maristela Freitas Silva que:

Pacientes em situação de internação hospitalar que enfrentam necessidade de se submeter a procedimentos cirúrgicos podem ser considerados vulneráveis nessa situação em particular. Isso acontece em decorrência de múltiplos fatores, como a própria doença, a falta de informações a respeito de seu estado de saúde e das opções de tratamento e a falta de gestão sobre seu próprio corpo e mente. Além disso, a possibilidade de ser considerado incapaz de tomar decisões que dizem respeito a sua própria vida e receber tratamento que vai de encontro aos seus projetos de vida exacerbam a situação de vulnerabilidade (SILVA, 2017, p.31).

A participação ativa do paciente na tomada de decisões quanto ao tratamento médico a ser realizado e na construção do seu consentimento é um importante fator para que haja a diminuição de situações vulneráveis para este indivíduo, que é o sujeito passivo na relação médico-paciente.

O médico tem um importante papel na relação médico-paciente afim de evitar situações vulneráveis. Para que se reduza as chances de vulnerabilidade do paciente dentro do ambiente hospitalar, deve o médico preferencialmente fornecer informações individualizadas sobre o seu estado de saúde, levando em consideração as peculiaridades do caso, o emocional do enfermo, bem como a condição social e intelectual.

Maristela Freitas Silva, destaca que existem sensíveis diferenças entre ser vulnerável, estar vulnerável e a condição de vulnerado. Para ela, vulneráveis são aqueles sujeitos que possuem vida biológica - ou, com relação aos seres humanos, projeto de vida – e que são suscetíveis a intempéries ou outras eventualidades.

Nesse sentido, Fiuza e Nogueira, afirmam que certos fatores podem influenciar na configuração da vulnerabilidade das pessoas:

Assim, pessoas podem ser ou estar vulneráveis em decorrência de uma determinada relação jurídica desequilibrada, de fatores sociais (de sexo, raça, analfabetismo, educação, formação ou classe social), fatores econômicos (patrimônio, salário, falta de moradia ou de poder econômico). Podem ainda, experimentar essa realidade por causa de fatores naturais (de idade, de condição de saúde ou mental). (FIUZA; NOGUEIRA, 2017, p. 11).

Apesar do quantum exposto, não pode a condição de vulnerabilidade do paciente retirar ou reduzir a autonomia do médico, principalmente em situações que o profissional se encontra premido por dilemas de consciência, recusando-se a realizar certos procedimentos na área médica.

Cotidianamente, o profissional médico lida com situações extremas, relacionadas à saúde, à doença, à morte e à vida. Essas situações geram uma extrema fragilidade para o paciente enfermo e para a sua família, noutra perspectiva temos o médico com a responsabilidade de tomar decisões extremas diante da situação do enfermo. Situações sensíveis dentro do ambiente hospitalar e ambulatorial fazem parte da rotina diária de médico, que pode

ou não encontrar respaldo do paciente e de familiares do paciente acerca das decisões que tomou ou que pretende tomar. O grande cerne da questão ocorre quando o profissional se encontra em situação de extrema urgência, que o impossibilita de respaldar-se em elementos volitivos.

Em situações de risco ou de urgência, deve o médico no exercício de sua profissão avaliar e assumir a conduta de menor risco dentro do caso concreto, a fim de evitar situações de vulnerabilidade profissional.

O Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 1.931/09, trata da relação médico-paciente e familiares do paciente, dispondo que 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 que haja iminente risco de morte do enfermo. Assim, conclui-se que o código de conduta médica permite ao profissional afastar o livre-arbítrio do paciente ou de seu representante legal, somente quando se evidencia o iminente risco à vida.

O médico confronta-se diretamente em diversas situações com o direito à vida, consagrado no caput do art. 5º, da Carta Magna, bem como com os deveres legais previstos no Código de Ética Médica. Ainda, o profissional médico, por estar na linha de frente da relação médico-paciente, pode enfrentar problemas e ou agravamentos de saúde do paciente, relacionados à autorização tardia do procedimento, podendo ser acusado de imperícia ou negligência.

Nesse cenário, o médico deve exercer a profissão de forma cautelosa, pautando-se no dever geral de cuidado e com prudência. O consentimento informado é uma das principais ferramentas para a proteção e resguardo tanto do paciente, quanto do médico, mitigando assim a vulnerabilidade preexistente.

Por vezes, o paciente, por estar em uma condição de vulnerabilidade social ou enfermidade, pode apresentar dificuldades em compreender o diagnóstico ofertado pelo médico, a efetividade dos tratamentos disponíveis para o quadro clínico e até mesmo as repercussões dos procedimentos médicos a serem realizados, havendo ainda a possibilidade de o paciente sentir-se coagido a aceitar o tratamento que o profissional médico propõe ou não obter confiança para participar ativamente das decisões que podem afetar a sua saúde.

Em contrapartida, por vezes o médico, profissional detentor de conhecimentos técnicos e científicos, assume uma posição de hierarquia e autoridade, reforçando uma relação assimétrica dentro da relação médico-paciente, podendo gerar conflitos éticos e morais.

Assim, o conceito de vulnerabilidade na relação médico-paciente abrange não apenas as

condições físicas, sociais, culturais ou psicológicas do paciente, mas também a própria dinâmica da relação e o poder assimétrico existente.

A bioética e o biodireito reconhecem que a vulnerabilidade pode afetar a capacidade de uma pessoa na tomada de decisões informadas e autônomas em relação à saúde, bem como as implicações éticas no cuidado em saúde e no desenvolvimento de pesquisa científica. Diante disso, busca-se promover a equidade e a justiça na relação médico-paciente, visando garantindo que este cuidado seja fornecido com respeito, pautado na ética e no comprometimento em informar devidamente.

2.2.2 Tipos e classificações

Os tipos e classificações de vulnerabilidade na relação médico paciente são diretamente influenciados pelas circunstâncias que permeiam essa relação. Há alguns tipos mais evidentes de vulnerabilidade presente entre os sujeitos ativo e passivo dessa relação, como a: I) Vulnerabilidade do paciente, que ocorre quando existe a probabilidade desse indivíduo sofrer ou ter a autonomia limitada em decorrência da condição de saúde, seja física ou mental; II) Vulnerabilidade do profissional médico, quando é evidenciada por fatores como pressões externas, falta de recursos no ambiente hospitalar, falta de suporte institucional, podendo afetar a capacidade desse profissional na prestação dos cuidados considerados adequados ao paciente enfermo; III) Vulnerabilidade na comunicação, evidenciada quando a comunicação entre médico e paciente é prejudicada por fatores linguísticos, econômicos, culturais, morais, étnicos, educacionais e religiosos, ocasionando a falta de confiança, ruídos e impasses na tomada de decisões compartilhadas e a; IV) Vulnerabilidade na tomada de decisões, refere-se à situação em que a falta de informação adequada, a linguagem adotada pelo profissional médico, os conflitos de interesses existentes dentro dessa relação e por vezes a falta de capacidade do paciente podem levar a decisões inadequadas ou consideradas como antiéticas.

2.3 O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O consentimento, conforme preceitua Miguel Kfoury Neto (2013, p. 46), é: “[...] o comportamento mediante o qual se autoriza a alguém determinada atuação.”

Nessa perspectiva, entende-se o consentimento para o exercício do ato médico como uma permissão para que o profissional habilitado interfira na esfera físico-psíquica do paciente, com o propósito de melhoria da saúde do enfermo. Assim, a exigência do consentimento é

justificada à luz da proteção do paciente e da finalidade da busca pela melhoria do quadro clínico.

No âmbito do direito, a necessidade do consentimento esclarecido é baseada na proteção geral aos direitos da personalidade inerentes ao indivíduo, quais sejam o direito à autonomia, a integridade física, o direito à informação adequada, bem como a importância da ética médica.

Para que haja uma autorização válida, é necessário a presença de elementos basilares do consentimento. Miguel Kfoury Neto (2013, p. 283), elenca quatro requisitos principais para o consentimento válido no ato médico: “(1) ser voluntário; (2) dado por quem seja capaz; (3) após ter sido informado; e (4) encontrando-se esclarecido.”

O consentimento, por ser uma manifestação externa da vontade subjetiva do indivíduo, deve ser livre, ou seja, não pode haver vícios de vontade na autorização, caso contrário, seria passível de anulação, bem como não pode ser concedido por agente que não seja plenamente capaz, considerando idade, patologia psiquiátrica ou até mesmo significativas diferenças culturais. Assim, validade do consentimento dependerá do cumprimento do dever de informação do profissional e da vontade do agente capaz em consentir livremente, de acordo com as informações que lhe foi prestada.

Flaviana Rampazzo, a respeito da configuração do consentimento no ato médico descreve-o como um ato de natureza *sui generis*, pois há diferenças entre a conotação existencial, os modos de manifestação desse consentimento, da admissibilidade e do conteúdo, bem como da finalidade para que ele se destina, podendo ser direcionado ao consentimento para atos médicos ou consentimento para pesquisa. Assim, o consentimento trata-se de um ato jurídico no sentido amplo, por ser ato de vontade apto a produzir consequências jurídicas, podendo assumir contornos que ora o aproximam do negócio jurídico, ora do ato jurídico em sentido estrito (SOARES, 2021).

A relação obrigacional na prestação de serviços médicos deve observar o tratamento adequado, o consentimento do paciente, a documentação, o sigilo de informações e os dados sensíveis. Ainda, o dever de informação deve ser cumprido ofertando esclarecimentos acerca do caso do paciente, não sendo admitido a informação genérica.

Acerca do dever de informação vinculado ao consentimento, Soares indica que deve haver a observância de princípios como: i) da transparência; ii) da exatidão, que traz o dever de fidedignidade das informações; iii) princípio da finalidade, afirmando que as informações devem ser repassadas para o atendimento de uma finalidade, evitando-se o excesso e a insuficiência; iv) livre acesso, prevendo que o titular deve ter acesso irrestrito às informações necessárias a uma adequada tomada de decisão, bem como quanto aos dados pessoais já

coletados; v) precaução e da prevenção; vi) princípio da confidencialidade, pois as informações relativas à saúde do paciente, bem como os dados prestados ao médico são, em regra, considerados como dados sensíveis e protegidos por meio do sigilo; vii) princípio da cooperação; e viii) princípio da boa-fé objetiva (SOARES, 2021).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi introduzido na prática médica na década de 1950. Esse termo foi desenvolvido em resposta a preocupações éticas sobre a ausência ou escassez de informação fornecida pelos profissionais da área médica para os pacientes, antes de concordarem com a realização de procedimentos, tratamentos ou a participação em pesquisas médicas.

No ano de 1947, estabeleceu-se a partir do julgamento de Nuremberg, que o consentimento voluntário e informado dos participantes em pesquisa médica era indispensável. Em decorrência disso, houve a implementação de medidas para assegurar que os participantes em pesquisas médicas soubessem de forma transparente com o que estavam concordando em participar.

Ao avançar do tempo, na década de 1950, o termo de consentimento livre e esclarecido foi desenvolvido por juristas e médicos, objetivando descrever o processo de tomada de decisão em que um paciente ou participante de pesquisa médica passaria a ter acesso a informações claras sobre o procedimento ou estudo, possibilitando a compreensão das informações trazidas e podendo posteriormente concordar de forma voluntária, sem coerção ou pressão externa.

A primeira referência ao consentimento informado e à informação na relação médico – paciente dada de 1.767 na Inglaterra (KFOURI NETO, 2010).

Desde então, o termo de consentimento livre e esclarecido tornou-se amplamente difundido na prática médica e em pesquisas clínicas para descrever o processo de obtenção do consentimento dos pacientes ou participantes.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), é concretizado por meio de um documento escrito, em que o paciente através da análise desse documento e posterior assinatura, consente com a prática médica assistencial, exercendo a sua capacidade de se autogovernar, ou seja, a sua autonomia. Esse documento nasce pela necessidade de proteção dos direitos inerentes ao paciente e para melhor regular a relação médico-paciente, havendo a possibilidade de ser utilizado como meio jurídico protetivo e limitador da responsabilidade civil atinente ao profissional médico e o hospital (SÁ; SOUZA, 2021).

O consentimento informado ou também chamado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), possui duas finalidades a serem discutidas dentro da assistência à saúde: primeiramente tem uma função de trazer esclarecimentos contínuos na relação médico-

paciente, resguardando a autonomia do paciente enfermo, assumindo uma postura ética a ser seguida pelo profissional da área de saúde. E em segundo plano, pode assumir uma função jurídica, apesar de o prontuário poder ser utilizado a título de esclarecimentos e prova em um processo, o TCLE pode ser usado para uma eventual defesa do profissional médico.

Esse documento possui aplicabilidade na pesquisa com seres humanos, previstos nas Resoluções de nº 466/2012 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, bem como na relação médico-paciente, de acordo com o que preceitua a Recomendação de nº 1/2016, do Conselho Federal de Medicina - CFM.

A Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, define o Termo de Consentimento no capítulo II, item 23, como:

II. 23 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do paciente e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar; (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, s.p.).

Levando-se em conta a importância desse documento, importante também é, pois a discussão acerca de como ele deve ser redigido para a melhor compreensão do paciente. A complexidade das informações, a falta de objetividade, a clareza e o uso excessivo de termos técnicos, são fatores que influenciam na má compreensão do paciente em relação ao termo de consentimento informado. É de suma importância compreender como a linguagem adotada pelos profissionais de assistência à saúde podem influenciar na autonomia do paciente e como o TCLE é utilizado nessa área.

Conforme descreve Cavalieri Filho, a informação prestada deve conter o seguinte conteúdo:

O conteúdo do dever de informar do médico compreende, segundo a unanimidade da doutrina, todas as informações necessárias e suficientes para o pleno esclarecimento do paciente quanto aos aspectos relevantes para a formação de sua decisão de submeter-se ao paciente, tais como os riscos, consequências do tratamento, chances de êxito, efeitos colaterais e outros aspectos relevantes. (CAVALIERI FILHO, 2010, p. 394)

Dentro dessa perspectiva, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), também chamado de consentimento informado, promove uma participação ativa e autônoma do paciente, fornecendo informações claras e apropriadas, com as ponderações dos riscos, benefícios, consequências e alternativas terapêuticas, para a partir dessas informações o paciente autorizar de forma esclarecida.

Na assistência à saúde o Consentimento Informado é um processo de trocas de informações claras e precisas, sem ruídos na relação médico-paciente, promovendo a participação ativa deste último em seu tratamento. Para que a decisão do paciente seja dotada de autonomia, é preciso que a equipe médica explique de forma objetiva e clara os benefícios e riscos de cada procedimento. Portanto, esse documento visa garantir ao paciente a sua autonomia e comprovação de que as informações foram transmitidas devidamente, para que assim o paciente contate todas as informações pertinentes ao seu caso clínico.

Maria Helena Diniz elenca os requisitos para que o termo de consentimento possa ser validado:

O termo de consentimento livre e esclarecido deverá conter em suma, os seguintes elementos essenciais: a) ser feito em linguagem acessível; b) conter: os procedimentos ou terapêuticas que serão utilizados, bem como seus objetivos e justificativas; os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados; métodos alternativos existentes; a liberdade de o paciente recusar ou retirar seu consento sem que lhe aplique qualquer sanção punitiva ou sem que haja prejuízo à sua assistência médico-hospitalar; assinatura ou identificação dactiloscópica do paciente ou de seu representante legal. (DINIZ, 2006, p.676-677).

O Superior Tribunal de Justiça (STJ), entende que a falta do Termo de Consentimento Informado é uma violação ao dever de informar do médico, pois cabe a ele a transmissão de informação do caso clínico do paciente, sendo-lhe imputada responsabilização civil.

Neste sentido:

RESPONSABILIDADE CIVIL. Médico. Consentimento informado. A despreocupação do facultativo em obter do paciente seu consentimento informado pode significar – nos casos mais graves – negligência no exercício profissional. As exigências do princípio do consentimento informado devem ser atendidas com maior zelo na medida em que aumenta o risco, ou o dano. Recurso conhecido. (BRASIL, 2002, s.p.).

O termo de consentimento livre e esclarecido não deve ser um documento considerado como excludente de responsabilidade, já que a aceitação do paciente a realizar o procedimento médico não significa que o profissional da área de saúde esteja escuso de responder legalmente por quaisquer danos que possam vir a acontecer. Na prática, a aplicação desse termo de consentimento traz benefícios para ambas as partes. Para o profissional da saúde pode ser considerado um documento probatório em caso de litígio, além de confirmar que a informação foi prestada ao paciente corretamente. Para o paciente, garante o seu direito à liberdade, integridade física e moral, dignidade, acesso à saúde e autonomia. Portanto, pôde-se constatar que esse documento encontra um amplo respaldo no ordenamento jurídico brasileiro.

Na prática médica assistencial, o TCLE é obrigação ética do profissional médico (capítulo IV, art. 22 do Código de Ética Médica), devendo atender ao direito salvaguardado do paciente de obter orientações, informações e esclarecimentos acerca da sua saúde, para que assim possa decidir livremente sobre o procedimento ao qual será submetido.

Dentro dessa perspectiva do consentimento informado na prática médica assistencial, é possível verificar a existência de duas vertentes: a) a primeira é ligada a medicina defensiva, onde defende-se a importância do documento assinado pelo paciente, tendo como objetivo principal constituir provas futuras em caso de eventual judicialização ou conferência da ética médica adotada; b) a segunda tem uma visão do termo de consentimento como um processo continuado da relação médico-paciente, buscando trazer maiores informações e esclarecimentos, que evidenciam prioritariamente a proteção do paciente e do respeito à dignidade humana.

O consentimento consiste no ato de decisão do paciente ou de seu representante legal, em aprovação e concordância, após ser informado devidamente pelo médico a respeito dos procedimentos e diagnósticos que são indicados para o caso.

No Brasil, o consentimento do paciente tem sido coletado através do termo de consentimento livre e esclarecido. Esse termo tem sido amplamente utilizado por profissionais da medicina como uma forma de prática defensiva, ao passo que se constitui provas para uma defesa posterior em um processo judicial de responsabilidade cível médica, caso venha a ser judicializado. Contudo, verifica-se um desvirtuamento do que deve ser ou deveria ser o consentimento informado. O consentimento informado foi criado para ser um mecanismo de manutenção de uma aliança terapêutica produtiva e de confiança, entre o médico e o paciente. O maior objetivo é demonstrar que o médico, no exercício pleno de sua profissão cumpriu com o dever de informar, de forma clara e sem ruídos.

O ato médico, independente de intencionalidade profissional, deve seguir a rigor regras de responsabilidade civil, ética e penal. O médico deve compreender que a melhor maneira de se resguardar profissionalmente, evitando possíveis judicializações, é conhecer amplamente os seus deveres de conduta, atuando com profissionalismo, ética e responsabilidade social. O prontuário médico é um importante documento comprobatório para o profissional, sendo este bem elaborado e indispensável para descrever as condutas médicas adotadas em cada caso.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2016, publicou a Recomendação CFM nº 1/2016, acerca do consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Nessa recomendação há a sugestão do médico dissolver da relação com o paciente o caráter paternalista que por muito tempo definiu essa relação, propondo uma relação mais próxima e empática. Portanto,

seria respeitado a autonomia do paciente, sujeito detentor de direitos e que deve estar ciente de diagnósticos, prognósticos e tratamentos indicados a serem realizados. O objetivo é que as informações mais claras e objetivas garantam uma maior segurança ao ato médico, possibilitando ao paciente consentir ou declinar da conduta proposta com maior objetividade.

A Recomendação do CFM nº 1/2016 é uma das poucas recomendações normativas brasileiras que de forma detalhada dispõe sobre o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente. No preâmbulo da Recomendação CFM 1/2016, “consentimento livre” é definido como o ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações do médico, a respeito dos procedimentos que lhe são devidamente indicados.

Assim, o termo de consentimento livre e esclarecido é um documento crucial para garantir que os indivíduos possam tomar decisões informadas sobre sua saúde e participação em procedimentos médicos e pesquisas. Tratando-se, portanto, de uma proteção fundamental para os direitos do paciente e da sua autonomia, fornecendo informações claras sobre os riscos, benefícios e opções alternativas de tratamentos. Por isso, é importante que os profissionais de saúde e pesquisadores sigam rigorosamente as normas e regulamentos relacionados ao TCLE, a fim de salvaguardar a segurança e bem-estar dos pacientes e participantes de pesquisa no âmbito da saúde.

3 O DIREITO DE RECUSA TERAPÊUTICA

O impasse que surge com a opção de indivíduos de negar cuidados médicos tem sua raiz no desafio de delimitar o significado do termo vida e na questão de como conferir-lhe valor e preservação.

A observação de que a vida, em termos de sua origem, composição e fim, não pode ser completamente elucidada por princípios puramente científicos, evidencia a controvérsia acerca de uma única ideia ou perspectiva. Esse primeiro pressuposto é crucial para entender as circunstâncias que podem envolver a importância existencial e a dignidade do ser humano, que estão diretamente relacionadas à noção de independência (MEIRELLES; AGUIAR, 2018).

O direito de recusa terapêutica ganhou força no Brasil a partir da década de 1980, quando o movimento de defesa dos direitos do paciente começou a ser discutido. A relação médico-paciente naquela época era marcada pela cultura paternalista, presente na formação dos profissionais de saúde, que por sua vez tomavam todas as decisões em relação ao tratamento do paciente, desconsiderando a autonomia e a capacidade desse paciente em tomar decisões informadas.

No passado, o paternalismo na sua versão mais extrema não permitia que o paciente recusasse ou expressasse a sua vontade caso fosse considerado prejudicial para a sua saúde. Isso pode ser interpretado sob a ótica do Estado e do médico, que buscavam proteger a saúde a todo custo, fundamentado no princípio da beneficência (WANSSA; 2011).

O direito à recusa de tratamento é reconhecido pelo Código Civil brasileiro como um dos direitos da personalidade, ou seja, um direito titularizado por toda e qualquer pessoa, em razão da condição de ser pessoa humana (VASCONCELOS, 2005). Assim, por se tratar de um direito da personalidade, a recusa dependerá de condições objetivas, ou seja, dependerá de critérios jurídicos que conferem capacidade civil ao sujeito.

A recusa terapêutica, portanto, permite que um paciente recuse um determinado tratamento médico, mesmo que este tratamento seja considerado necessário pelos profissionais de saúde que acompanham o caso na linha de frente.

Noutro giro, a recusa ofertada pelo paciente pode prevenir litígios judiciais e negligência médica, haja vista que se o paciente é informado sobre os riscos e benefícios do tratamento e decide recusá-lo, este assume a responsabilidade pela decisão tomada, havendo uma diminuição do risco de o profissional de saúde ser processado posteriormente.

Em relação à recusa terapêutica, Bruno Torquato e Maria Fátima Freire de Sá, defendem que o direito de recusa é uma extensão do direito à autonomia do paciente e por isso deve ser

respeitado pelos profissionais de saúde, desde que o paciente esteja em condições de tomar uma decisão informada e consciente. Também é ressaltado a importância de garantir que o paciente tenha acesso a informações claras e precisas sobre os riscos e benefícios do tratamento, para que possa tomar uma decisão informada (SÁ; NAVES, 2021).

O direito de recusa terapêutica não é absoluto e pode ser limitado em algumas situações, como em casos de emergência médica ou quando a recusa do tratamento pode colocar em risco a saúde de outras pessoas. As limitações existentes para que se possa ofertar a recusa giram em torno de princípios éticos e jurídicos, considerando que o profissional médico deve buscar respeitar à autonomia do paciente e agir com observância a obrigação de agir em benefício da saúde pública.

A recusa é uma prerrogativa do paciente, fundamenta em princípios constitucionais como: dignidade da pessoa humana, valorização da vida e a autonomia da vontade. O Código de Ética Médica, preceitua que 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.

Conforme a Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina, em casos de situações consideradas como urgência e emergência, podendo caracterizar iminente perigo à vida do paciente, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente de ter sido ofertada a recusa terapêutica.

3.1 O DIREITO DE RECUSAR TRATAMENTO MÉDICO À LUZ DO ART. 15 DO CÓDIGO CIVIL

Ao tratar do direito de recusa a tratamento terapêutico, o art. 15 do código civil, através desse dispositivo, protege a autonomia do paciente em escolher se quer ou não ser submetido à cuidados através do tratamento ofertado pelo médico. Porém há uma ressalva quanto à presença do risco de vida.

Na hipótese de haver perigo de vida, percebe-se que o legislador escanteia o princípio da autonomia, pois a vontade do paciente não poderá prevalecer, mesmo havendo a previsão no Código Civil de 2002. Verifica-se, portanto, a existência de uma contradição normativa que possibilita uma insegurança jurídica aos pacientes, pois o médico, ao seguir o dever previsto no código de ética médica, no juramento de Hipócrates, e a nova resolução, sofre uma imposição de agir, mesmo não possuindo o consentimento do paciente enfermo (MACEDO; MEIRELLES, 2018).

Assim, o direito de recusa a tratamento terapêutico do paciente é flexibilizado, podendo ser ofertado quando o sujeito exerce de forma plena, consciente e dotado de suas faculdades mentais, não havendo o iminente perigo de vida.

O dispositivo em questão não especificou as doenças em que a recusa à tratamento seria pertinente, sugerindo que a decisão pode ser tomada, mesmo que isso represente um risco à saúde do enfermo. Logo, esse artigo não preconiza a preservação da vida a todo custo. Em vez disso, ele respeita a escolha pessoal, que pode ser baseada na perspectiva de uma sobrevivência ou no temor da perda de consciência e autonomia moral. Nesse interim, pode-se interpretar o dispositivo como uma confirmação adicional de que o ordenamento jurídico brasileiro não trata o valor da vida humana como absoluto, mas o considera subordinado a escolhas existenciais especialmente relevantes para cada indivíduo (BARROSO, 2017).

Ainda, esse dispositivo confirma que ninguém pode ser constrangido a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica, mesmo que essa recusa possa ocasionar o agravamento da saúde. O legislador, ao estabelecer isso, deixou evidente o respeito à dignidade humana, trazendo à baila a liberdade de escolha, bastando que para isso a vontade seja ofertada de forma livre, consciente e autônoma (VIEIRA, 2017).

Em discordância ao já descrito, o médico, de forma compulsória, deve agir para salvar à vida em risco, caso contrário, na situação de descumprimento pelo profissional, poderá haver responsabilidade civil e penal, como o crime de omissão de socorro, positivado no artigo 135, do Código Penal. Assim, não será o médico enquadrado no crime de constrangimento ilegal (artigo 146, §3º, I, CP), no caso de ser cumprido por este, os escopos previstos em lei. O médico, portanto, tem o dever de proteger a vida do enfermo.

Segundo o Enunciado nº 533, da VI Jornada de Direito Civil, do CJF, o paciente, quando capaz, poderá tratar sobre todos os pontos pertencentes ao tratamento médico que lhe possa gerar risco de vida, independentemente deste ser mediato ou imediato, ressalvados os casos de emergência ou em meio a procedimentos cirúrgicos onde não há chances de serem suspensos. (DADALTO; CAMARGO, 2017, p.165)

3.2 O DIREITO DE RECUSA TERAPÊUTICA NA RESOLUÇÃO DO CFM

A Resolução nº 2232/1019 do Conselho Federal de Medicina foi criada com o objetivo de buscar uma relação mais harmônica entre o médico e o paciente, baseando-se em princípios da bioética e do direito médico. Entretanto, embora a resolução seja um avanço nesse sentido, ainda não oferece maior segurança jurídica, haja vista que permite ao médico intervir em casos

que há risco de vida, mesmo diante da recusa terapêutica expressa pelo paciente. (RESOLUÇÃO CFM nº2232/2019)

Em seu artigo 1º, a Resolução trouxe a conceituação da Recusa Terapêutica como sendo “um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.” (RESOLUÇÃO CFM nº 2232/2019)

O direito de recusa terapêutica eleva a autonomia e o direito à dignidade humana, promovendo a dignidade do paciente. A violação desse direito, na hipótese de o paciente poder exercê-lo, caracteriza uma ação médica de agir e salvar, que viola princípios éticos e afasta a possibilidade de o sujeito decidir sobre à sua própria vida, ou seja, há uma supressão da autonomia desse sujeito enfermo em favor de salvaguardar o bem jurídico vida.

A Resolução, em seu artigo 2º, consagra que “é assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente”, esclarecendo ainda que “o médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento quando disponível.” Essa resolução impossibilita que o profissional médico atenda à recusa do paciente quando este for menor de idade ou adulto que “não esteja no pleno de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros”, evidenciando que, em caso de discordância com a pessoa que o assiste, o representante ou os familiares, deve o profissional comunicar o fato às autoridades competentes a fim de garantir o melhor interesse do enfermo (RESOLUÇÃO CFM nº 2232/2019).

É importante ressaltar que a Resolução não tem poder para criar normas jurídicas, devendo estar em conformidade com a perspectiva constitucional vigente, que reconhece o direito de recusa à tratamento terapêutico como uma dimensão alargada da dignidade humana. Portanto, essa resolução não tem papel de limitar o exercício deste direito, mas sim de regular as condutas dos profissionais, de acordo com as leis já estabelecidas.

3.3 OS LIMITES JURÍDICOS DA ADMISSIBILIDADE DA RECUSA TERAPÊUTICA

A admissibilidade da recusa terapêutica e os limites jurídicos geram grande complexidade no âmbito do direito da saúde e bioética, sustentando muitos debates, pois envolve a proteção da vida e da saúde do paciente, bem como o respeito à autonomia e a liberdade individual de cada ser.

De acordo com a legislação brasileira vigente, a recusa terapêutica é admissível em alguns casos, desde que observados os limites jurídicos. Assim, é importante analisar quais são

esses limites e em quais situações a recusa terapêutica pode ser devidamente admitida e ofertada.

A Constituição Federal de 1988 prevê o direito à vida e a autonomia do paciente como uns dos direitos fundamentais, sendo esses direitos protegidos pelo Estado. Nesse sentido, é verificável que a admissibilidade da recusa terapêutica está ligada diretamente à autonomia do paciente, sendo essa recusa admitida desde que o paciente disponha de plena capacidade de discernimento, sendo capaz de compreender as informações fornecidas pelo profissional médico e assim, possa tomar uma decisão livre de ruídos e de forma consciente.

Um dos limites jurídicos mais importantes a serem observados é a de que a recusa terapêutica não pode colocar em risco a vida ou a saúde do paciente ou de terceiros, ou seja, caso o tratamento seja necessário para evitar um risco iminente de morte ou lesão grave à vida, a recusa não será admissível.

Em conferência, Nelson Nery Júnior afirmou que:

Entendo a posição do médico, que fez o juramento de Hipócrates para salvar vidas e teme ser processado por omissão de socorro, mas nas situações em que o paciente se recusar, conscientemente, a não se submeter a determinado tratamento, o profissional estará apenas respeitando a vontade daquele a quem assiste. (NERY JÚNIOR, 2021, p. 20).

Além disso, é indispensável que o paciente tenha acesso a todas as informações necessárias sobre o tratamento, os procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais, sendo essas informações ofertadas de forma clara, precisa, com uma linguagem dispensando termos médicos literários, para facilitar a compreensão do paciente. Assim, a recusa terapêutica só pode ser admitida, na hipótese de o paciente ter recebido todas as informações necessárias, para que proceda com a tomada de decisão consciente.

Os limites jurídicos da admissibilidade da recusa terapêutica no Brasil, perpassam pela capacidade mental, por tratamentos considerados como obrigatórios, pelos direitos humanos e pela menor idade.

Em caso de o paciente não possuir capacidade para tomar decisões informadas, a recusa terapêutica poderá ser considerada inválida. Nessa hipótese, o médico deverá obter a autorização por meio do representante legal do paciente ou seguir com as orientações contidas nos protocolos legais, para pôr fim, tomar decisões em nome do paciente.

A hipótese de tratamentos obrigatórios, são aqueles tipificados por lei, a exemplo dos casos de doenças infectocontagiosas. Havendo essa possibilidade, a recusa terapêutica nesse caso poderá representar riscos à saúde pública, podendo ser considerada inválida e por conseguinte, o tratamento sendo imposto por lei.

Ainda, a recusa terapêutica não pode sob nenhuma circunstância violar os direitos humanos dos pacientes ou de terceiros. Em casos que vão de encontro com os direitos humanos, poderá o tratamento também ser imposto por lei.

Os pais ou responsáveis legais pelos menores de idade possuem direito de tomar decisões em relação ao tratamento médico em nome de crianças menores de idade, no entanto, havendo a possibilidade de a recusa terapêutica representar um risco significativo para a vida ou a saúde da criança, o tratamento poderá ser imposto pelo que preceitua a lei brasileira.

Portanto, os limites jurídicos da admissibilidade da recusa terapêutica envolvem a proteção da vida e da saúde do paciente, bem como o respeito à sua autonomia e liberdade individual, não sendo possível a sua utilização no Brasil para a prática de suicídio ou eutanásia, pois são práticas veemente combatidas pelo ordenamento jurídico brasileiro.

3.4 PONTOS FUNDAMENTAIS DA RECUSA DIANTE DA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE

Na área da saúde a relação entre médico e paciente é considerada umas das relações mais importantes e basilares, sendo a comunicação clara e livre de ruídos um passo indispensável para uma confiança mútua, possibilitando que haja uma relação que traga benefícios ao paciente e ao médico.

Existem pontos fundamentais dentro da recusa terapêutica que são observáveis, como: o consentimento informado, a autonomia do paciente, as crenças pessoais, desejo de controle, falta de confiança e questões pessoais. Esses fatores são os que mais influenciam os pacientes a decidirem por ofertarem a recusa.

No momento em que é chegado ao conhecimento do médico a vontade do paciente em recusar o tratamento médico ofertado, deve o profissional coletar todas as comprovações atinentes à recusa, certificar-se de que a hipótese preenche os requisitos de validade previstas pelo ordenamento jurídico brasileiro em relação a manifestação da vontade e de prontidão evoluir a situação fática no prontuário médico, bem como informar ao diretor técnico da unidade médica, para que este possa adotar todas as medidas e providências cabíveis (RESOLUÇÃO CFM nº2232/2019, arts. 6º e 9º).

Sempre que possível, a recusa terapêutica deve ser ofertada por escrito, firmada pelo paciente que ofertou a recusa e por duas testemunhas que possam comprovar a veracidade da conduta. O documento escrito, reconhecido em tabelionato e autenticado é o meio mais seguro e capaz de conferir confiabilidade, porém, outros meios podem e são admitidos como declaração de vontade do paciente (RESOLUÇÃO CFM nº 2232/2019, art. 12).

Para que a renúncia ao recurso terapêutico ofertado pelo paciente tenha validade jurídica é necessário atender a requisitos como: ter sido prestada por paciente que tenha capacidade plena para realizar todos os atos da vida cível, não podendo essa vontade ser declarada por representante legal; ser uma manifestação livre, consciente e esclarecida; e, que diga respeito exclusivamente ao próprio paciente que ofertou a recusa.

Diante da recusa terapêutica, é dever do profissional médico apresentar outros tipos de tratamentos e propor ao paciente, para que assim, este possa obter a possibilidade de exercer a sua autonomia e escolher o que melhor lhe convier (RESOLUÇÃO CFM nº 2232/2019, art. 2º, parágrafo único).

Portanto, é obrigação do médico tomar todas as cautelas, a fim de certificar-se que o paciente, no momento da manifestação da vontade, está consciente, lúcido, capaz de compreender o seu ato de recusar tratamento, e acima de tudo que foi orientado acerca dos riscos e consequências da sua conduta.

3.4.1 O papel da informação

A construção de processos decisórios autônomos adequados é essencialmente baseada na informação. Ao fornecer informações, o profissional médico pode revelar as opções terapêuticas disponíveis, os riscos envolvidos no tratamento, ponderações sobre as vantagens e desvantagens dos tratamentos, da hospitalização ou técnicas utilizadas, prognósticos e estado clínico, bem como qualquer outra informação que esteja relacionada ao quadro do enfermo. Noutra perspectiva, quando um paciente fornece informações, também é fundamental para a tomada de decisões e sugestões médicas apropriadas. Portanto, dentro da relação médico-paciente, é dever recíproco o fornecimento de informações detalhadas sobre histórico clínico, sintomas, tratamentos, procedimentos cirúrgicos realizados anteriormente, bem como quaisquer informações pertinentes sobre a condição de saúde do paciente. O dever de informação então, assume uma posição crucial para estabelecer uma relação autônoma e segura.

A construção da relação médica na contemporaneidade diferencia-se das relações médicas paternalistas do passado, se antes essa relação era assimétrica, onde a regra era a não informação, seja pela difícil compreensão do paciente, pela incerteza do diagnóstico ou até mesmo por outra motivação, atualmente o cenário é de buscar informar o paciente, esmiuçando o caso, para melhor compreensão do sujeito passivo dessa relação. Portanto, não cabe mais ao médico deixar de conferir informações diretamente ao paciente autônomo, em nome do princípio da beneficência.

O paternalismo durante muito tempo norteou a relação médico-paciente, confirmando assim a concepção da medicina hipocrática. Hipócrates, considerado como o “pai da medicina”, médico grego, foi um dos pioneiros na descrição e consolidação da natureza médica paternalista, descrevendo em seus escritos que, caberia apenas ao profissional médico as decisões que fossem relacionadas ao paciente.

A medicina paternalista era baseada essencialmente no princípio da beneficência, onde cabia ao médico decidir unilateralmente, sobre o tratamento terapêutico apropriado para cada paciente. Com esse modelo de medicina, havia uma tendência, errônea de pensar que o paciente enfermo não era capaz de tomar decisões livres e claras, já que a doença não só afetou seu corpo, mas também a alma (CORTÉS, 1999, p.5).

Na relação médico-paciente, a informação não pode ser dispersada do elemento fático que rodeia essa relação, que é a assimetria (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Ainda atualmente, mesmo que de forma mais discreta, o médico assume uma posição de poder em relação ao paciente, fundamentado na técnica e no conhecimento médico científico. O dever de informar deve ser uma preocupação do profissional, conduzido por uma preocupação ética, objetivando uma prática médica mais humanizada, profilática e preventiva.

Ana Thereza Meirelles e Lyellen Silva Fernandes, acerca do dever de informação como elemento fundamental, entendem por ser:

O fornecimento de informações equivocadas ou a não informação tem o condão de viciar a relação médico-paciente, que deve ser fundada no dever de informar. Informar é uma obrigação do médico, como também do paciente, e agrega a tarefa de fornecer todos os elementos possíveis e necessários em prol da obtenção de um resultado exitoso. (MEIRELLES; FERNANDES, 2021. p. 8)

O acesso à informação, seja por meio da internet, veículos de informações contemporâneos ou através da educação tradicional, possibilita que haja mais consciência dos direitos fundamentais salvaguardados a cada indivíduo, além de trazer uma nova perspectiva para a relação médico-paciente (MEIRELLES; FERNANDES, 2021).

O dever de informação possibilita que o paciente tenha acesso a informações sobre “os riscos do tratamento, a ponderação quanto às vantagens e desvantagens da hospitalização ou das diversas técnicas a serem empregadas, bem como a revelação quanto aos prognósticos e ao quadro clínico e cirúrgico, salvo quando esta informação possa afetar psicologicamente o paciente” (TEPEDINO, 2006, p.90).

O direito à informação adequada e clara é regulamentado pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), no artigo 6º, inciso III, estabelecendo os direitos do consumidor em relação a diversos produtos e serviços, portando especificação de quantidade, características, qualidade,

preço e composição, bem como os riscos que possa vir a apresentar. Também é um direito fundamental salvaguardado pela CF/88, no artigo 5º, inciso XIV; além disso, esse direito irradia para toda a legislação infraconstitucional Brasileira.

O direito à informação é um direito fundamental, presente na Constituição Federal Brasileira, que estipula de que forma é assegurado o direito de informar, de obter informação e de ser informado, possibilitando o livre acesso à informação pública e privada que sejam de relevância para a população. Importante destacar que, o sigilo a fonte é resguardado, caso seja necessário para o exercício profissional do sujeito.

De acordo com Sérgio Cavalieri Filho:

o dever de informar do médico deve abarcar todas as informações suficientes e necessárias para que o paciente, diante dessas informações transmitidas com pleno esclarecimento pelo médico, possa tomar sua decisão consciente dos possíveis riscos, efeitos colaterais, consequências do tratamento a que deve ser submetido e as chances de obtenção de êxito (CAVALIERI FILHO, 2010, p. 394).

No que tange o interesse social quanto a relação médico-paciente e direito à informação adequada, é necessário salientar que na assistência à saúde, a transmissão de informações dotadas de veracidade e sem ruídos, garante ao paciente uma maior segurança quanto ao conteúdo informativo clínico que está sendo transmitido. A falta desse esclarecimento traz para a relação médico-paciente um prejuízo, pois impossibilita que o paciente dentro da sua autonomia possa decidir acerca das possibilidades de abordagens e tratamentos possível a sua enfermidade.

Na bioética, o princípio da autonomia, que é um dos pilares, que está relacionado ao direito do paciente de possuir informações adequadas. Um paciente autônomo tem liberdade de fazer escolhas racionais, bem como o direito de se autodeterminar. Para que seja considerado um sujeito autônomo, é essencial ao paciente que haja a colaboração do profissional da área médica, fornecendo informações adequadas e suficientes, facilitando a tomada de decisões conscientes. Assim, a informação é considerada como uma aliada importante para as decisões autônomas do paciente, fazendo com que este sujeito possa participar ativamente do processo da tomada de decisão.

Nesse sentido, afirma Meirelles:

O que sequer dizer, então, é que, agora, a regra é buscar informar o paciente, com cuidado e detalhamento, sobre todas as questões que podem envolvê-lo, o que pode incluir as incertezas e probabilidades concernentes ao caso. A exceção, então, é pensar que o médico possa ponderar uma motivação que justifique não conferir informações diretamente ao paciente autônomo, relacionada à possibilidade de que as mesmas possam agravar o seu estado de saúde, restando a obrigação de que a informação seja destinada aos seus familiares. (MEIRELLES, 2018. p. 8 - 24)

Portanto, quando o médico deixa de fornecer a informação adequada ao paciente, restringe a possibilidade de escolha. Entendendo a importância da informação adequada nessa relação e uma base solidificada entre o médico e paciente, transmitindo confiança e profissionalismo, possibilita ao sujeito que está ciente de sua situação, a tomada de decisões com mais segurança, além de evitar uma possível judicialização no futuro.

Posteriormente, com os avanços do acesso à informação de forma mais ampla por veículos de informações abrangentes, a transformação da linguagem e a globalização, trouxeram a necessidade de modificação da relação médico-paciente que anteriormente era considerada uma relação dispare. Os valores éticos sofreram uma ascensão elevada na sociedade, diante da necessidade expressa de regular as pesquisas que anteriormente eram feitas em humanos sem documentos que pudessem recolher o consentimento esclarecido do paciente que passaria pelos testes.

Documentos de grande importância para regulamentar e fundamentar a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram elaborados. O Código de Nuremberg foi um dos primeiros documentos a ser criado em agosto do ano de 1947, por juízes norte-americanos com o intuito de acabar com a prática de pesquisas realizadas em seres humanos sem o devido consentimento. Por conta das atrocidades cometidas por médicos na Segunda Guerra mundial, realizando experimentos frequentemente fatais, dá-se a importância da criação do Código de Nuremberg. Visando eliminar os abusos cometidos por médicos durante a Segunda Guerra Mundial, foi promulgado o relatório de Belmont em 1978.

O Código de Defesa do Consumidor em 2013, passou a fortalecer o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), buscando evidenciar o procedimento médico sob uma análise diferente. A nova perspectiva elucidada pelo CDC, no artigo 14, busca colocar o procedimento médico como um serviço empresarial, ou seja, como uma relação de consumo.

Na relação médico-paciente, muito se discute sobre a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, pois para a maioria da doutrina essa relação configura um contrato de prestação de serviço em que são estabelecidas obrigações entre as partes, direitos e deveres. Tem-se como uma relação contratual de prestação de serviços, pois o profissional médico, ao fornecer assistência à saúde do paciente, utilizará de todos os meios necessários para reestabelecer a saúde do paciente, bem como os cuidados a serem direcionados para a melhora do quadro clínico dele.

Para Maria de Fátima Freire de Sá (2005, p. 34-35), a relação médico-paciente estabelece entre as partes um vínculo contratual, caracterizado como um ato jurídico perfeito, com obrigações de resultado ou de meio. Os deveres do médico em relação ao paciente devem

ser pautados em princípios éticos e sempre em respeito ao paciente, pois trata-se muito mais do que um contrato, e sim de um bem jurídico vida.

Segundo o Código de ética Médica (CFM, 2009), a relação entre o médico e o paciente não deve considerada como uma relação de consumo, afirmando que a natureza personalíssima da atuação do profissional médico não pode ser caracterizada como relação de consumo. (CAPÍTULO I – Princípios Fundamentais – XX). Atualmente, a doutrina e jurisprudência seguem uma linha de entendimento divergente ao que é adotado pelo Código de Ética Médica. Essa parte da doutrina e jurisprudência, entende que a relação médico-paciente é consumerista, devendo ser levada em consideração que a classe médica enquadrasse como profissionais liberais, e, portanto, tal entendimento segue a linha da boa-fé contratual das relações, garantindo a isonomia das partes em um possível litígio.

Nesse sentido o artigo 14, §4º, do Código de defesa do Consumidor diz que:

O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.
[...] §4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Na relação de consumo o dever de informação cumpre um papel importante, fornecendo ao consumidor que por vezes assume um papel de vulnerabilidade na relação, informações sobre o produto e serviços, para garantir uma melhor segurança ao mesmo.

Quanto ao direito à informação, Lôbo afirma:

O direito à informação, no âmbito exclusivo do direito do consumidor, é direito à prestação positiva oponível a todo aquele que fornece produtos e serviços no mercado de consumo. Assim, não se dirige negativamente ao poder político, mas positivamente ao agente da atividade econômica. Esse segundo sentido, próprio do direito do consumidor, cobra explicação de seu enquadramento como espécie do gênero direitos fundamentais. (LÔBO, 2011, p. 598)

Segundo o artigo 6º, inciso III do CDC, “São direitos básicos do consumidor: III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”. Esse artigo e inciso, trazem a perspectiva de uma obrigatoriedade do fornecedor de oferecer uma informação clara, sem ruídos e eficiente acerca do produto ou serviço que está sendo oferecido. Bem como todas as especificações necessárias para que o consumidor esteja livre de abusos e lesão.

As informações a serem fornecidas ao paciente devem atacar os motivos pelos quais o médico optou por tal procedimento ou conduta; a apresentação de todas as técnicas que podem

ser abordadas no caso concreto; as responsabilidades do paciente antes, durante e depois do procedimento; os riscos que podem vir a ocorrer; as consequências; os benéficos; a explicação clara e precisa da doença em que o paciente foi acometido e os motivos da abordagem mais indicada.

Em situações que o paciente não está apto a decidir por si, é determinado que um responsável legal tome a decisão pautado nas informações fornecidas pelos profissionais da saúde, porém, de acordo com o que prevê o artigo IV, parágrafo 6º da recomendação do CFM, deve ser garantido o respeito à dignidade do ser humano.

O acesso à informação pelo paciente é um direito constitucionalmente assegurado. Todo paciente tem o direito de acesso ao seu prontuário médico, bem como de ter ciência da sua situação clínica. Observa-se que os direitos do paciente derivam do direito básico do consumidor e do direito constitucional à dignidade da pessoa humana.

O art. 34 do Código de Ética Médica, esclarece o direito que o paciente tem de saber a verdade, consagrando o direito à informação. O conhecimento da real situação do quadro de saúde pelo paciente, as opções terapêuticas e o prognóstico são informações essenciais para que o sujeito possa exercer o direito a tomada livre e consciente de decisões, portando autonomia para tanto. Desta forma, o profissional de saúde assume nessa relação uma posição de dever de fornecer informações das quais o paciente precisa ter ciência. O médico tem o dever de prestar informações de maneira ampla, clara e objetiva, evitando informar através de uma linguagem rebuscada, ou seja, de difícil compreensão.

Na relação médico-paciente, o dever de informar é uma obrigação. A não informação, ou a informação equivocada possibilita que haja ruídos nessa relação que por natureza deve ser baseada no dever de fornecer a informação adequada para o deslinde eficaz do tratamento médico.

O paciente, dispondo de sua autonomia tem o dever de fornecer ao profissional médico toda e qualquer informação que possa ser relevante para uma tomada de decisão eficaz sobre as opções disponíveis com relação à sua patologia. De igual maneira, o paciente possui o direito de consentir ou recusar propostas que possuam cunho preventivo, terapêutico ou diagnósticos que afetem ou possam vir a afetar a sua integridade físico-psíquica ou social.

Recepcionando as informações devidamente fornecidas pelo paciente, o profissional da medicina deve estudar o tratamento mais adequado, para que assim possa haver mais chances exitosas no caso. É de competência indelegável do paciente informar adequadamente ao médico, detalhando exaustivamente os sintomas, para que assim o médico opte pelo tratamento mais adequado e benéfico ao enfermo.

3.4.2 O diálogo cuidadoso entre os sujeitos envolvidos

A linguagem presente na relação médico-paciente tem se mostrado um tema cada vez mais relevante e importante de ser debatido, uma vez que a necessidade de humanização da medicina evidencia uma aproximação e transmissão de segurança na relação médico-paciente. As mudanças na forma de comunicação no mundo atual e as variações linguísticas presente nas relações precisam estarem adaptadas também ao ambiente médico, para que garanta uma linguagem clara e respeite o princípio da autonomia do paciente.

O diálogo cuidado na relação médico – paciente é fundamental para a manutenção de uma relação saudável e confiável. Através da comunicação clara e adequada, é possível estabelecer um ambiente que possibilite ao paciente um conforto em expressar preocupações e dúvidas, referentes à condição de saúde que lhe é acometida.

Imaginando os perfis característicos dos sujeitos envolvidos na relação médico-paciente, é possível identificar as principais dificuldades de comunicação encontradas dentro dessa relação. O profissional médico vive imerso em um universo de termos técnicos, onde durante longos anos de sua formação possui acesso a livros científicos com linguagens rebuscadas e informações por vezes muito pragmáticas. A ciência médica possui um campo de investigação que não exige do sujeito reflexões sociais aprofundadas (MAGALHÃES; GOMES; NICOLAU, 2017).

Em contrapartida, o perfil do paciente presente nessa relação é muito mais flexível que o perfil do médico, partindo do pressuposto de que o paciente não está inserido em apenas um grupo, mas em realidades dispare. O sujeito passivo da relação pode ter um maior ou menor nível de instrução educacional, assumindo posições de analfabetismo, semianalfabetíssimo, alfabetizado, graduado e pós-graduado. Os termos médicos são confusos e por vezes intraduzíveis, unindo esses estereótipos a indivíduos que não pertencem a esse meio dos grupos médicos e a indivíduos que não tiveram um maior acesso à educação.

Do ponto de vista da compreensão pelo paciente à luz da perspectiva da linguagem adotada pelo médico, é necessário que essa linguagem traga uma maior viabilidade para que o diálogo junto ao paciente aconteça de forma clara, não havendo comprometimentos posteriormente na relação entre os sujeitos da ação.

Nesse sentido, a comunicação não violenta baseia-se em habilidades de linguagem e comunicação para fortalecer a capacidade dos seres humanos de continuarem humanos ao se comunicar, mesmo em condições adversas:

O objetivo é nos lembrar do que já sabemos — de como nós, humanos, deveríamos nos relacionar uns com os outros — e nos ajudar a viver de modo que se manifeste concretamente esse conhecimento. A CNV nos ajuda a reformular a maneira pela qual nos expressamos e ouvimos os outros. Nossas palavras, em vez de serem reações repetitivas e automáticas, tornam-se respostas conscientes, firmemente baseadas na consciência do que estamos percebendo, sentindo e desejando. A CNV nos ensina a observarmos cuidadosamente (e sermos capazes de identificar) os comportamentos e as condições que estão nos afetando. Aprendemos a identificar e a articular claramente o que de fato desejamos em determinada situação (ROSENBERG, M. B. 2010, s.p.).

Roxana Cardoso Brasileiro Borges, afirma que há uma busca no meio médico pela maior humanização da profissão, nesse sentido ela escreveu:

No meio médico tem-se buscado uma maior humanização da medicina. Um reflexo dessa tentativa é a consideração do paciente como cliente. A troca das expressões é significativa. Ao tratar o doente como cliente e não como paciente, aquele é elevado a sujeito, deixando de ser meramente aquele que espera, como a expressão paciente significa.

[...] Assim, o cliente – e não mais o paciente – decide se quer o tratamento oferecido pelo médico e, estando na duração desse tratamento, pode também decidir se vai continuar neste mesmo tratamento (BORGES, 2000, p. 296).

A linguagem adotada pelo médico faz toda a diferença no momento de melhor informar o paciente acerca das possibilidades de tratamento, considerando que o profissional da área da saúde é o mais provido de possibilidades linguísticas, deve sempre partir da premissa de transmitir à informação ao paciente de forma simples e eficaz, evitando uma linguagem mais técnica e rebuscada.

Na relação médico-paciente, a autonomia das partes envolvidas é a base ética e jurídica da legitimidade, devendo-se considerar sempre o diálogo, a compreensão, a escolha e a cognição crítica de cada indivíduo. O médico e o paciente possuem responsabilidades paralelas na estruturação de uma relação segura, garantindo a informação e a compreensão, bem como a confiança e a boa-fé, que em conjunto, todos esses elementos possuem como pressuposto o dever de informar.

3.4.3 A compreensão pelo paciente

Ao tratar de compreensão, Piaget descreve-a como o segundo estágio do conhecimento, que ocorre quando o sujeito se apropria da informação (JACOB, 2005). Assim, a compreensão do paciente sobre a sua condição de saúde é fundamental para a tomada de decisão informada e para uma maior aderência ao tratamento sugerido pelo profissional da área médica.

Dentro dessa perspectiva, é necessário observar as condições socioeconômicas, o grau de escolaridade, os contextos de vida que permeiam o paciente, bem como todas as condições que possam evidenciar vulnerabilidades relacionadas ao processo de compreensão das informações que estão sendo fornecidas pelo profissional médico. A condição de informar e

compreender é uma via de mão dupla na relação médico-paciente, a fim de evitar ruídos e riscos de não compreensão.

Andrea Caprara (CAPRARA, 2004. p. 139-146), ao tratar da temática, concluiu que “39,1% dos médicos não explicam de forma esclarecida e compreensiva a realidade fática ao paciente, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente acerca do diagnóstico fornecido. Além disso, em 53% das consultas, os profissionais da área médica não verificam a compreensão dos pacientes sobre as indicações de tratamentos terapêuticos aliados ao caso clínico.”

A compreensão do paciente em relação à recusa terapêutica é fundamental para que o médico possa respeitar a autonomia do paciente, ao passo que possa garantir que este receba os cuidados adequados a sua situação enferma. Quando um paciente recusa um tratamento, o médico deve fazer o possível para entender os motivos por trás dessa decisão tomada pelo paciente e buscar ofertar outros meios terapêuticos.

Ao entender os motivos por trás da recusa terapêutica ofertada pelo paciente, o profissional médico pode buscar, juntamente o enfermo, um tratamento que respeite sua autonomia e garanta que este receba os cuidados necessários para manutenção da sua saúde e bem-estar. Além disso, a compreensão do paciente pode propiciar um bom fortalecimento na relação médico-paciente, promovendo confiança e colaboração, fazendo com que o médico passe a fornecer informações dotadas de mais clareza, precisão e objetividade sobre os riscos e benefícios de cada tratamento sugerido, bem como ofertar meios alternativos que sejam mais aceitáveis para o paciente.

Ao passo em que a compreensão pelo paciente em relação ao que a conduta de recusar tratamento terapêutico pode gerar ao seu quadro clínico e a informação adequada são presentes, diminuem as ações judiciais que envolvem médicos e pacientes. Portanto, dentro da relação médico-paciente, a compreensão e o dever de informar devem protagonistas na obtenção de sucesso dentro dessa relação.

4 PARÂMETROS DE ADEQUAÇÃO DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO DIANTE DA RECUSA

Ante a complexidade trazida da recusa a tratamento terapêutico ofertada pelo paciente, incumbe ao médico estar capacitado para lidar com as possíveis consequências advindas da recusa de um tratamento sugerido e se adequar à nova realidade, buscando oferecer um meio alternativo de tratamento ao enfermo.

Antunes e Torquato (2018, p. 36) afirmam que "a recusa terapêutica é um direito assegurado ao paciente, reconhecido pelo ordenamento jurídico e pelos conselhos de ética médica, em razão da sua autonomia e liberdade de escolha."

Nesse sentido, é fundamental que o profissional médico busque atuar pautando-se em parâmetros éticos e legais, que são estabelecidos. Alguns parâmetros devem ser observados, como: I) informação adequada; II) consentimento informado; III) avaliação da capacidade da decisão ofertada pelo paciente; IV) respeito à autonomia do paciente; V) busca de novas alternativas de tratamentos e; VI) o registro adequado.

Em qualquer circunstância, dentro da relação médico-paciente, o profissional médico deve buscar fornecer ao paciente informações dotadas de clareza e precisas sobre o diagnóstico clínico, o prognóstico, as opções terapêuticas disponíveis, os riscos e benefícios de cada opção de tratamento, bem como as consequências em caso de recusa ao tratamento terapêutico ofertado. Esse tipo de conduta do profissional garante que o paciente tenha acesso as informações adequadamente e possa tomar as decisões de forma consciente.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), "a informação ao paciente deve ser clara e completa, permitindo a livre escolha e a tomada de decisão" (CFM, 2010, p. 3).

Dentro dessa perspectiva, o paciente somente fornece o consentimento informado se compreender as informações passadas pelo médico, prosseguindo com uma tomada de decisão livre e esclarecida sobre o tratamento sugerido.

Segundo o CFM, "o médico deve obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o diagnóstico, prognóstico, natureza, finalidade e riscos do tratamento proposto, assim como sobre os riscos e as consequências da não realização do tratamento" (CFM, 2018, p. 1).

A avaliação da capacidade de decisão é um parâmetro indispensável a ser observado, pois o médico deve avaliar se o paciente tem condições de entender as informações trazidas, de optar pelos tratamentos disponíveis e por fim tomar a sua decisão pautada na autonomia. Em caso de o paciente não ter capacidade de decisão, o médico prontamente deve procurar um representante legal ou tomar medidas para proteger o paciente de danos graves e irreversíveis.

De acordo com o CFM, “o médico deve verificar a capacidade de discernimento do paciente para a tomada de decisão quanto ao tratamento proposto” (CFM, 2018, p. 2).

O respeito à autonomia do paciente deve prevalecer diante dessa relação, ou seja, o médico deve respeitar a decisão do paciente de recusar o tratamento, desde que essa decisão seja livre de ruídos, esclarecida e não implique em risco grave e iminente à vida ou à saúde do paciente ou de terceiros.

O código de ética médica preceitua em seu artigo 31 que 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”. (CFM, 2019; art. 31)

Segundo o CFM, “o médico deve buscar soluções alternativas e, se possível, apresentá-las ao paciente, visando sempre à promoção da saúde e do bem-estar” (CFM, 2010, p. 4).

Além disso, diante da recusa, o profissional deve buscar alternativas terapêuticas que sejam aceitáveis para o paciente e que atendam às necessidades médicas e éticas, bem como deve registrar as informações relevantes sobre o diagnóstico, as opções terapêuticas, o consentimento informado e a recusa do tratamento, para garantir a continuidade da assistência e a proteção legal para ambas as partes.

Ressalta-se a importância do diálogo entre o médico e o paciente. É fundamental a presença de um canal de comunicação entre esses sujeitos, para que se possa encontrar soluções que atendam às expectativas do paciente e às exigências éticas e legais da prática médica.

4.1 AS POSSÍVEIS VULNERABILIDADES MÉDICAS

A vulnerabilidade está trelada à condição de fragilidade e da suscetibilidade a danos, estes podem ser físicos, emocionais ou danos sociais. Embora a atuação do profissional médico diante da recusa terapêutica esteja pautada em parâmetros éticos e legais, existem possíveis vulnerabilidades que podem afetar a sua atuação dentro desse campo.

A condição de vulnerabilidade médica pode ser desencadeada por fatores como exposição a riscos, a pressão psicológica inerente ao ambiente de trabalho e a profissão, a escassez de suporte e proteção adequada na unidade de saúde, conflitos éticos e morais existentes na relação médico-paciente, condições de trabalho inadequadas e propensão a judicializações (AMORIM, 2018, p. 39-43)

A todo tempo, no exercício da atuação médica, o profissional está exposto a diversas doenças infecciosas no ambiente de trabalho, tais como: tuberculose, HIV, hepatite e entre outras. Podendo ainda, ser submetido a uma carga excessiva de pressão psicológica,

especialmente em situações de urgência ou emergência, em que o quadro clínico do paciente enfermo é grave. Essa pressão exercida no profissional com o tempo, pode levar ao desenvolvimento de depressão, ansiedade, síndrome traumática e estresse (AMORIM, 2018, p. 39-43).

Médicos que exercem a profissão em locais que possuem condições de trabalho inadequadas, como a falta de recursos estruturais, recursos medicamentosos e instrumentais, excesso de trabalho ou ausência de apoio dos colegas e superiores, também podem estar sujeitos a estresse, fadiga e outros problemas de saúde.

Em algumas especialidades médicas, como a cirurgia geral, o médico pode estar susceptível a riscos físicos, como lesões por contusões ou cortes, infecções e lesões por movimentos repetitivos.

Ainda, no âmbito da atuação médica, o profissional pode enfrentar situações que coloquem em xeque as suas crenças pessoais, morais e valores éticos, como em casos de tratamento de pacientes em estado terminal, transfusão sanguínea em testemunhas de Jeová e o próprio aborto.

Por fim, os médicos estão a todo momento expostos a serem processados por suas condutas, sejam estas, por erros médicos, negligência, imprudência e imperícia, o que pode levar a consequências legais e financeiras significativas.

Portanto, o médico pode ser considerado vulnerável em diversas situações em sua prática profissional. É indispensável que os profissionais da área médica recebam o suporte necessário para enfrentar essas situações e minimizarem os riscos de danos físicos, psicológicos e emocionais.

4.2 A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA DIANTE DA RECUSA

No âmbito da ética e do direito médico, a objeção de consciência médica diante da recusa a tratamento, tem se mostrado um tema de grande complexidade. A objeção de consciência é um direito assegurado ao profissional médico de se recusar a realizar um procedimento ou tratamento que contrarie suas convicções morais ou religiosas, desde que respeite os princípios éticos e legais inerentes a profissão.

Diante da recusa do paciente, a objeção de consciência médica pode se tornar uma questão complexa, já que pode haver conflito entre o direito do paciente à autonomia e o direito do médico à liberdade de consciência. Segundo Dadalto (2018, p. 58), a objeção de consciência médica deve ser entendida como uma "forma de exercício da autonomia do médico e de respeito aos valores e crenças que orientam sua prática profissional".

Mascarenhas (2017, p. 84) destaca que, embora a objeção de consciência seja um direito legítimo do médico, é necessário que ela seja exercida de forma responsável e com base em critérios éticos e legais bem definidos. Assim, a objeção de consciência não pode ser utilizada de forma arbitrária ou discriminatória, devendo ser fundamentada em razões objetivas e coerentes com os princípios éticos e legais, inerentes a profissão.

Antunes e Torquato (2018, p. 38) apontam que a objeção de consciência médica pode se tornar um problema quando há risco grave e iminente à vida ou à saúde do paciente, pois nesse caso o médico pode estar desrespeitando o seu dever de prestar assistência adequada. Dentro desse cenário, é importante que o médico avalie cuidadosamente a situação e adote as medidas necessárias para garantir a segurança do paciente, sem desrespeitar os seus valores e crenças.

Freire de Sá (2017, p. 118), elucida que a objeção de consciência médica não pode ser utilizada como justificativa para impor valores e crenças pessoais ao paciente, mas sim como uma forma de proteger a liberdade de consciência do médico e garantir o respeito aos direitos do paciente. Daí, surge a importância de o profissional estar preparado para lidar com situações em que o conflito ético esteja presente e assim, possa fazer o uso da objeção de consciência médica de maneira responsável.

Segundo Dadalto (2016, p. 29), "a objeção de consciência é um direito fundamental do profissional médico, reconhecido pela Constituição Federal e pelos conselhos de ética médica, que visa proteger a sua liberdade de escolha e a sua autonomia profissional." Nesse sentido, é importante que o médico possa recusar a realização de um procedimento ou prescrição de medicamento que vá contra suas convicções pessoais, desde que não haja prejuízo para a saúde do paciente e sejam observados os demais parâmetros éticos e legais, pois quando o médico age de acordo com a objeção de consciência, também está exercendo a sua autonomia.

Mascarenhas (2017, p. 141) destaca que "a objeção de consciência médica deve ser exercida com responsabilidade, ética e respeito aos direitos do paciente, garantindo a continuidade da assistência e o acesso a outras opções terapêuticas disponíveis." É fundamental que o médico informe claramente ao paciente sobre as suas limitações e possibilidades, encaminhando-o para outros profissionais caso não possa realizar o procedimento ou prescrição solicitada.

Antunes e Torquato (2018, p. 38) afirmam que "a objeção de consciência médica não pode ser utilizada como um instrumento de discriminação ou preconceito contra determinados grupos sociais, como as mulheres, os homossexuais, os transexuais ou os usuários de drogas."

Portanto, é importante que o médico respeite as diferenças individuais e culturais do paciente, garantindo o seu acesso aos cuidados de saúde de forma igualitária e sem preconceitos.

Por fim, Sá (2019, p. 39) destaca que "a objeção de consciência médica deve ser entendida como um diálogo constante entre o médico e o paciente, pautado pela ética, pelo respeito mútuo e pela busca do bem-estar do paciente." Nesse sentido, é fundamental que o médico esteja aberto ao diálogo e ao esclarecimento de dúvidas do paciente, garantindo que a recusa ou a adoção de outras opções terapêuticas seja feita de forma consciente e informada.

4.2.1 Notas conceituais sobre objeção de consciência médica

Ao médico, também é ofertado o direito de objeção de consciência, ou seja, de exercer através da sua autonomia privada a objeção, a recusa em atender certo paciente ou realizar procedimentos que considere desnecessário, tecnicamente inapropriado ou contrário a sua consciência, sem que isso seja considerado uma conduta ilícita. Porém, essa autonomia privada do médico, é flexibilizada, considerando que em algumas situações a vontade do profissional não pode ser levada em consideração.

O atual Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009), em seu capítulo 1, que trata dos princípios fundamentais, estabelece a autonomia do médico.

O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. (CFM, 2009, s.p.).

Ao conceder ao médico o direito de objeção de consciência, o Código de Ética Médica, estabeleceu os limites do seu exercício: i) em caso de urgência ou emergência; ii) ausência de outro médico no estabelecimento de saúde e; iii) quando a recusa médica possa trazer danos à saúde do paciente.

Linha semelhante de acomodação entre direitos e responsabilidades foi proposta pelo novo Código de Ética Médica, que reconhece o direito à objeção de consciência, mas impõe restrições ao seu exercício: o médico "não é obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa pode trazer danos à saúde do paciente". Assim, o Código de Ética Médica procura, como Brock, garantir aos médicos o direito à objeção de consciência, combinada com o compromisso normativo de não realizar obstrução ativa para, por exemplo, impedir as mulheres de abortar. (DINIZ, 2011, p. 982).

Ainda, em caso de haver objeção de consciência, pode esta ser caracterizada como direta ou indireta. A objeção direta, ocorre quando se dirige à conduta em si que é imposta ao objeto,

já a indireta, ocorre quando a conduta é recusada pelo profissional médico, por ligar-se instrumentalmente a outra conduta ou fato repelidos por este indivíduo.

Os exemplos mais corriqueiros de objeção de consciência na área da medicina são: i) a negativa da prática de interrupção voluntária de gestação, nas hipóteses legalmente disciplinadas; ii) a realização de pesquisas com embriões; iii) o uso de técnicas de reprodução humana assistida; iv) a esterilização voluntária e; v) a gestação por substituição.

A objeção de consciência constitui uma modalidade de exercício da liberdade de consciência e da liberdade de pensamento, onde há o direito de manifestar as suas próprias convicções e de agir de acordo com estas, e a possibilidade de se recusar a agir de modo contrário as suas convicções.

O Conselho Federal de Medicina – CFM, não permite o exercício da objeção de consciência em condições primárias como: i) quando não há outro profissional médico para realizar o atendimento ao paciente; ii) quando o quadro clínico do paciente demandar atendimento de urgência ou emergência (arts., 7º e 33) ou; iii) se a recusa por objeção de consciência puder resultar danos à saúde do paciente.

Apesar disso, há duas possibilidades em que o CFM regula o aceite a objeção de consciência médica: i) quando a instituição pública ou privada não prover condições de trabalho dignas; ii) quando não oferecer condições adequadas ao desenvolvimento do exercício profissional ou não remunerar digna e justamente.

Ademais, não pode o médico que esteja na direção de uma instituição, em razão da sua crença religiosa, ou convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro meio que não seja técnico, científico ou ético, impedir que outros médicos utilizem as instalações e recursos para a prática de atos com os quais o objeto discorda.

O médico, ao ser contratado para integrar o quadro de profissionais do estabelecimento, pode mencionar aspectos relacionados à objeção de consciência em seu contrato a ser firmado com a clínica ou hospital, para que assim possa o estabelecimento se preparar previamente para esse tipo de ocasião. Agindo com organização, eficiência e boa-fé, indica-se ao médico objeto que emita a objeção de consciência por escrito, haja vista que são fundamentais para que se possa atingir os lícitos interesses dos pacientes e às necessidades das estruturas de atendimento em saúde. A mera conveniência pessoal ou o simples oportunismo do profissional não podem ser utilizados para manifestar a objeção de consciência, devendo esta ser invocada por quem detenha discernimento, capacidade civil e seja pessoa natural.

No Brasil, a objeção de consciência é prevista na Constituição Federal de 1998, em decorrência do que prevê o art. 5ª, inciso VI, quando declara ser inviolável a liberdade de

consciência. Para José Carlos Buzzanelo, a liberdade de consciência é o núcleo basilar de fundamentação da objeção de consciência no Brasil, já que está refletida a liberdade de pensamento e de crença. Ainda em seu art. 5º, inciso VIII, a Constituinte Brasileira veda a privação de direitos em decorrência de crenças pessoais, sejam elas de cunho religioso, filosófico ou científico.

Objetar caracteriza-se como o ato de não realizar exercício obrigatório dentro da profissão, pois este exercício ofenderia algum princípio de crença pessoal do profissional que é obrigado efetivamente a praticá-lo, para evitar eventuais punições ou judicializações.

Mário Antônio Sanches, conceitua a objeção de consciência da seguinte forma:

(...) a objeção de consciência é direito da pessoa e salvaguarda princípios morais inalienáveis: o respeito à autonomia plena e consciente da pessoa e a sua liberdade. Essa valorização da objeção de consciência não pode esconder, nem se fundamentar em caprichos pessoais, subjetivismos nem intransigente obstinação. Por isso ela precisa ser temperada pela apresentação dos valores em questão, explicitação dos motivos pessoais e criativa abertura ao diálogo. (SANCHES, 2018, s.p.)

Em outro âmbito, a objeção de consciência médica pode ser compreendida como uma expressão da liberdade profissional que é assegurada pela Constituição federal (art. 5ª, inciso XIII), como direito fundamental.

No direito Constitucional Brasileiro, a objeção de consciência então é uma conduta admissível, seja em razão do princípio da legalidade, seja em face da própria liberdade e até pela perspectiva dos direitos fundamentais. Assim, a objeção de consciência é indagada como o exercício da liberdade de consciência e de pensamento, garantindo o direito de manifestação do profissional sobre as suas próprias convicções e a possibilidade de recusar agir em determinadas situações que se distanciem das crenças desse mesmo profissional.

4.2.2 (In) admissibilidade da objeção: pontos de esclarecimento

O ordenamento jurídico brasileiro reconhece a objeção de consciência como um direito fundamental, que se caracteriza pelo direito de o indivíduo ofertar a recusa a realização de determinada conduta em virtude de suas convicções éticas, morais, filosóficas ou religiosas. No entanto, a objeção de consciência médica em relação à recusa terapêutica do paciente tem sido objeto de debates e controvérsias, ante a sua complexidade.

Segundo Luciana Dadalto, "a objeção de consciência, apesar de ter seu fundamento no direito à liberdade de consciência, não é um direito absoluto e deve ser balizada por outros valores, tais como o direito à saúde, o direito à vida e a autonomia do paciente" (DADALTO, 2017, p. 155). Dessa forma, a objeção de consciência médica em relação à recusa terapêutica

do paciente deve ser analisada caso a caso, de acordo com os valores em conflito e as especificidades, para verificar se será admissível ou não.

De acordo com Maria Fátima Freire de Sá, "a objeção de consciência não pode se sobrepor aos direitos do paciente, especialmente o direito à saúde e à vida, bem como não pode servir de justificativa para o abandono do paciente" (SÁ, 2018, p. 113). O médico deve agir em observância das boas práticas médicas e garantir que o paciente tenha acesso aos tratamentos necessários para preservar sua saúde e sua vida.

O médico que se recusa a realizar um determinado procedimento tem o dever de fornecer uma informação clara ao paciente, explicando o motivo pelo qual não realizara o procedimento e encaminhá-lo a outro profissional que possa realizar o procedimento ou tratamento, a fim de garantir que o paciente tenha acesso aos cuidados necessários. Dessa forma, o médico pode exercer seu direito de objeção de consciência, mas sem prejudicar o direito do paciente à saúde e à vida.

Por outro lado, por se tratar de uma forma de proteção do médico contra imposição de condutas que julgar serem contrárias às suas convicções éticas e morais, a objeção deve ser admitida quando a realização desse procedimento possa macular ou violar uma dessas convicções pessoais do profissional.

A objeção de consciência médica não pode servir como um obstáculo ao acesso à saúde, mas sim como um meio de proteger a integridade moral do profissional que por vezes se encontra em situações conflituosas, sem comprometer a assistência devida ao paciente. Em última análise, é preciso equilibrar os interesses e direitos postos, não perdendo de vista o respeito à dignidade humana e à autonomia do paciente, bem como a responsabilidade ética e profissional do médico.

4.2.3 Os efeitos da conduta objetora médica

A conduta objetora médica pode ter diversos efeitos, tanto para o próprio médico quanto para o paciente e o sistema de saúde como um todo. Considerando que o profissional médico opte pela conduta objetora, em alguns casos essa conduta pode gerar desconforto ou desconfiança por parte do paciente. Este, por sua vez, ao tomar ciência da conduta adotada pelo médico, pode se sentir lesado, prejudicado ou desamparado pelo médico que optou por não realizar determinado procedimento que iria de encontro às suas crenças.

Por vezes, a conduta objetora pode afetar a relação médico-paciente e prejudicar a efetividade do tratamento, haja vista que a confiança é um elemento fundamental para a adesão do paciente às recomendações médicas. Além disso, a conduta objetora pode gerar atrasos no

acesso ao tratamento, especialmente em casos de urgência ou emergência, podendo ocasionar em sobrecarga de trabalho de outros profissionais de saúde, que passam a assumir toda responsabilidade pelo paciente que antes era assistido pelo médico objetor.

Ainda, a objeção de consciência pode gerar mais disparidades no acesso à saúde, uma vez que nem todos os pacientes possuem a mesma capacidade de buscar atendimento em outros locais ou de arcar com os custos de um tratamento alternativo.

Por outro lado, a objeção de consciência médica pode ter um efeito positivo na preservação da autonomia e da integridade moral do profissional, evitando que este seja obrigado a realizar procedimentos que vão contra seus valores e princípios éticos. Além disso, a objeção pode levar a uma reflexão mais profunda sobre os valores em conflito e estimular o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, contribuindo para uma compreensão mais ampla e respeitosa das diferenças e diversidades.

A conduta objetora médica permite que o profissional exerça, de acordo com a sua liberdade de crença, consciência e religião, sem estar obrigado a realizar procedimentos que vão contra os seus valores. E, embora possa limitar o acesso do paciente a determinados tratamentos ou procedimentos, também pode ajudar a promover a autonomia do paciente, permitindo que ele tome decisões informadas e escolha um profissional de saúde que esteja alinhado com as suas próprias crenças.

Por fim, com a oferta da objeção pelo médico, pode haver o estímulo a busca por tratamentos alternativos, incentivando de forma inconsciente a inovação médica, para oferecer novas opções de tratamentos que sejam adaptáveis a situação enferma do paciente.

4.3 A NECESSIDADE DE CLAREZA DA LEGISLAÇÃO EM PROL DA PROTEÇÃO DO PACIENTE E DO MÉDICO

A relação entre o paciente e o médico é abstrusa, muitas vezes, podendo gerar conflitos de interesse, principalmente quando se trata da recusa terapêutica por parte do paciente e da objeção de consciência do médico. Por isso, é fundamental e indispensável que a legislação seja a mais clara e objetiva possível, a fim de garantir a proteção dos sujeitos envolvidos nessa relação quais sejam, o paciente e o médico.

A ausência de clareza na legislação pode gerar insegurança jurídica, dificultando a tomada de decisões pelos profissionais da saúde. A ausência de normas claras e precisas sobre a recusa terapêutica e a objeção de consciência, geram tanto para o paciente, quanto para o médico, a sensação de desamparo, por não saberem como devem agir diante de determinadas

situações pode levar o médico a se sentir desamparado, sem saber como agir em determinadas situações.

Além disso, a falta de clareza na legislação pode ocasionar prejuízos à saúde do paciente, pois na hipótese do médico se recusar a realizar um tratamento ou procedimento sem encaminhar o paciente a outro profissional, ele colocará em risco a saúde do paciente e poderá ser responsabilizado por isso. Havendo, portanto, prejuízos para o paciente e para o médico que deverá ser responsabilizado.

Em casos de oferta da objeção de consciência médica, a falta de clareza da legislação em relação aos limites e obrigações do médico objetor, fazem com que esse profissional esteja suscetível a responder a processos éticos-profissionais ou judiciais, prejudicando conseqüentemente a sua reputação e a sua carreira. Assim, a legislação brasileira deve ser capaz de balancear os direitos inerentes ao paciente e o médico, como à autonomia e a liberdade de consciência, garantido o mínimo de proteção para os indivíduos envolvidos na relação.

Além disso, é de suma importância que a legislação seja alvo de um amplo e irrestrito debate entre as partes interessadas, incluindo organizações médicas, entidades de defesa do paciente e especialistas em direito médico. Para que assim, através do debate, seja possível garantir uma legislação justa e equilibrada.

A necessidade de clareza na legislação é fundamental para garantir a proteção tanto do paciente quanto do médico diante da recusa terapêutica, pois a omissão legislativa gera insegurança jurídica e acarreta prejuízos à saúde pública, aos médicos e aos pacientes.

Como afirma Freire de Sá (2016, s.p.), "a falta de orientação precisa na legislação pode colocar o médico em situações de risco, tanto jurídico quanto ético, podendo gerar processos e sanções disciplinares". Por outro lado, a falta de clareza também pode prejudicar o paciente, pois pode dificultar o acesso a tratamentos necessários e adequados.

Portanto, é importante destacar que a clareza da legislação não é suficiente para resolver todos os conflitos de interesse presentes na relação médico-paciente. É fundamental que haja um diálogo aberto e respeitoso entre as partes envolvidas, a fim de encontrar soluções que atendam às necessidades de todos os envolvidos.

Por fim, é fundamental que a legislação seja clara e objetiva em relação aos direitos e deveres do médico e do paciente, possibilitando uma maior segurança jurídica e ética em casos de recusa terapêutica. Além disso, é importante que a legislação esteja alinhada com os princípios éticos da medicina, para garantir a proteção do paciente e do médico.

5 CONCLUSÃO

A constante mudança da sociedade possibilitou alterações significativas na relação médico-paciente, trazendo a necessidade da presença de princípios éticos capazes de nortear e regular essa relação. Com a evolução histórica da construção da relação entre o médico e o paciente, a assimetria que antes direcionava todo o campo dessa relação, pautada no paternalismo e no princípio da beneficência, perdem posição para a garantia de direitos fundamentais do paciente, como o direito à autonomia e o poder decisório.

O profissional da área médica passou da figura que decide tudo em prol do princípio da beneficência, para o sujeito prestador de serviços e o paciente saiu da posição de sujeito passivo, assumindo o direito de decidir sobre a sua própria vida e o seu tratamento, sendo chamado então de consumidor.

O direito de recusa a tratamento terapêutico no Brasil é um tema de ampla complexidade, por tratar do respeito à autonomia do paciente, permitindo que ele decida sobre os tratamentos que deseja receber ou não e, noutra perspectiva, aborda o dever que o médico tem de preservar a vida e a saúde do paciente, podendo ser responsabilizado por omissão caso não atue adequadamente.

Nesse contexto, é fundamental que o médico atue com base em parâmetros éticos e técnicos adequados, utilizando o conhecimento científico disponível para orientar sua prática clínica. Além disso, é importante que haja diálogo e esclarecimento entre médico e paciente, de forma a garantir que a recusa terapêutica seja feita de forma consciente e informada.

O direito de recusa terapêutica deve ser exercido com responsabilidade, levando em conta os riscos envolvidos e a gravidade da situação clínica. Em casos de emergência, por exemplo, a recusa pode não ser aceita e a intervenção médica pode ser necessária para preservar a vida do paciente.

Assim, como é positivado pela legislação brasileira, o direito de recusa a tratamento terapêutico é um direito legal, devendo ser respeitado e cumprido, dentro dos parâmetros previstos por lei. Como evidenciou-se, através da resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM, nº 2232/19, mesmo não possuindo a força de uma lei, esta tem uma função de grande importância na esfera da relação médico-paciente

A autonomia do paciente é um valor fundamental, mas há situações em que a recusa do tratamento pode ter consequências graves e até mesmo fatais. Nesse contexto, é essencial que os profissionais médicos conheçam os parâmetros éticos e legais que orientam sua atuação em relação ao direito de recusa terapêutica.

Ao longo deste trabalho monográfico, foram discutidos diversos aspectos relacionados ao direito de recusa terapêutica, incluindo sua fundamentação ética e legal, as situações em que a recusa pode ser considerada legítima, as implicações da recusa para o paciente e para o profissional médico, e os limites da autonomia do paciente.

Além disso evidenciou-se a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização de procedimentos médicos que tenham o consentimento efetivo e esclarecido do paciente. Trouxe a perspectiva da linguagem como pilar das interações sociais e da construção social, já que é por meio da linguagem que há uma maior viabilidade para que a comunicação humana aconteça, bem como para que exista uma comunicação clara e direta, sem haver comprometimentos no dever de informar.

Do ponto de vista da compreensão pelo paciente à luz da perspectiva da linguagem adotada pelo médico, evidenciou a necessidade de adotar uma linguagem que possibilite uma maior clareza na comunicação junto ao paciente, para que aconteça a comunicação de forma clara, não havendo comprometimentos na linguagem e posteriormente nesta relação.

Preliminarmente ao que foi relatado, é possível identificar que uma das principais causas que impedem o consentimento do paciente diante de um procedimento médico é a ausência de compreensão dos termos e variações médicas utilizadas pelo profissional de saúde. Deve o médico observar o nível de compreensão do paciente, para assim moldar a sua linguagem, a fim de tornar a informação clara e acessível ao paciente. A ética médica é pautada nesse sentido, ao tornar a informação acessível ao paciente, o médico promove a dignidade e autonomia deste.

Diante disso, dá-se a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), já que o termo esclarece os benefícios e os riscos que a intervenção pode trazer para a saúde do paciente, garantindo que ele faça a opção por meio da autonomia, se quer realizar ou não o procedimento. Esses documentos garantem que o paternalismo médico, pautado no princípio da beneficência médica seja paulatinamente dissolvido da relação médico-paciente e da sociedade, assegurando uma maior representatividade e voz ao sujeito passivo dessa relação.

Nesse sentido, os parâmetros de adequação da atuação do profissional médico em relação ao direito de recusa terapêutica incluem a observância da informação adequada, o consentimento informado, a avaliação da capacidade da decisão pelo médico em relação ao paciente, o respeito à autonomia do paciente, a busca de tratamentos alternativos e o registro adequado da recusa ao tratamento, a fim de evitar ações judiciais em nome do profissional.

Em suma, a atuação do profissional médico no direito brasileiro deve estar pautada por critérios éticos e técnicos, garantindo a preservação da vida e da saúde do paciente, ao mesmo tempo em que respeita sua autonomia e direito de recusa terapêutica.

Restou claro que o direito de recusa terapêutica é um direito fundamental do paciente, que deve ser respeitado e garantido pelos profissionais médicos. No entanto, esse direito não é absoluto e deve ser equilibrado com outros valores e interesses relevantes, como a preservação da vida e a prevenção de danos.

REFERÊNCIAS

- AMARAL NETO, Francisco Santos. Autonomia Privada. **Revista CEJ**, v. 3, n. 9, p. 25-30, set./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/view/235/397>>. Acesso em: 6 mar. 2023.
- AMARAL, Francisco. Autonomia privada (2003) apud AMARAL NETO, Francisco Santos. **Direito civil: introdução**. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- AMORIM, Bruno de Almeida Lewer. Vulnerabilidade Médica No Ambiente Hospitalar. In: SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SOUZA, Iara Antunes (Org). **Direito e Medicina: Autonomia e Vulnerabilidade em ambiente hospitalar**. [et al.]. – Indaituba, São Paulo: Editora Foco, 2018.
- ARAÚJO, ANA THEREZA MEIRELLES; FERNANDES, LYELLEN SILVA. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 10, p. 149-164, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/645>. Acesso em: 4 mai. 2023.
- BARBA, Diana Fontes; RODAS, Alejandro Enrique Barba. A controvérsia da recusa terapêutica. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 23, n. 5565, 26 set. 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/69251>. Acesso em: 5 mai. 2023.
- BARROSO, Luís Roberto. Legitimidade da Recusa de Transfusão de Sangue por Testemunhas de Jeová. **Dignidade Humana, Liberdade Religiosa e Escolhas Existenciais**. Conjur. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>>. Acesso em: 4 mai. 2023. p.35.
- BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. Tradução: Luciana Pudenzi; (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro Borges. Direito de morrer de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos (org.). **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: RT, 2005. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/11097/eutanasia--ortotanasia-e-distanasia--breves-consideracoes-a-partir-do-biodireito-brasileiro>. Acesso em: 1 mai. 2023.
- BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.540.580/DF. Disponível em: <https://camylapaes.jusbrasil.com.br/noticias/643954959/stj-condena-medico-e-hospital-que-desrespeitaram-a-autonomia-do-paciente>. Acesso em: 2 abr. 2023.
- Caprara A, Franco ALS. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & saúde coletiva [Internet]**. 2004, 9(1):139-146. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 1 abr. 2023.
- CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciências e Saude Coletiva**, 9(1):139-146, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rXYfsjZY6H3cz7WMghp89dk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2023.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 9. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2010.

CHAVES, Cristiano; ROSENVLAD, Nelson. **Curso de Direito Civil: Parte Geral e LINDB**. V.1. 17.ed. Salvador: Editora Juspodivm, 2019.

Conselho Federal de Medicina (2019). **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília, DF: CFM. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2023.

Conselho Federal de Medicina. **Iniciação à Bioética**. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/inicio%20%20biotica.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2016/1>. Acesso em: 24 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232**, de 28 de novembro de 2019. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 dez. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2023.

CORTÉS, Júlío César Galán. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. **Rev Med Uruguay**, 1999. Disponível em: <https://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2023.

DADALTO, L. L.; CAMARGO, M. C. (Org.). **Ensino em saúde: teoria e prática**. Vitória: EDUFES, 2017.

DADALTO, Luciana. **Capacidade e Autonomia no Direito Médico**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

DADALTO, Luciana. Objeto de consciência médica: um direito fundamental. In: FERREIRA, Thayná; ALMEIDA, Aline (Org.). **Bioética, direitos fundamentais e saúde: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Atlas, 2016. p. 27-36.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Organização das Nações Unidas para a Educação e a Cultura (UNESCO). Artigo. 8º. [Online]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 3 mar. 2023.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua**

portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREIRE DE SÁ, M. P. Objeção de consciência médica e direitos do paciente. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 117-126, 2017. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/Revista_Bioetica_253.pdf. Acesso em: 13 abr. 2023.

FREIRE DE SÁ, R. B. O direito à objeção de consciência médica no contexto das relações entre Estado, médico e paciente. **Revista de Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 36, p. 107-119, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QwMG5v5LphzfbxbTkgezZV5P/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2023.

HABERMAS, Jurgen. **Direito e democracia entre facticidade e validade**. Tradução Flávio Beno Siebeneicher. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. v. I.

Jacob, MS. El menor maduro. **Bol Pediatr**. [Internet]. 2005, 45(193):158. Disponível em: http://www.sccalp.org/boletin/193/BolPediatr2005_45_156-160.pdf. Acesso em: 03 mai. 2023.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Abril Cultural, Coleção Os Pensadores, 1974.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 7° ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 8° ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

LUNA, Vulnerabilidad: la metáfora de las capas1 Florencia Luna (CONICET/FLACSO) Publicado en **Jurisprudencia Argentina**, IV, fascículo N° 1, 2008, p. 60-67. Disponível em: [http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F\[1\].Vulnerabilidad_la_metafora_de_las_capas.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F[1].Vulnerabilidad_la_metafora_de_las_capas.pdf). Acesso em: 02 mai. 2023.

MACEDO, L.; MEIRELLES, A. T. Direito de recusa a tratamento médico: a autonomia do paciente e a conformação da responsabilidade profissional. In: **XXVII Congresso Nacional de Pesquisadores em Direito**, 2018, SALVADOR. Anais do CONPEDI- Direito Civil Contemporâneo I, 2018. v. x. p. 232-251. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe3ObVLU.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2023.

MASCARENHAS, Igor. Objeto de consciência médica e direitos do paciente. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de; TONELLI, Danieli Cristine (Org.). **Direitos fundamentais e saúde: uma visão interdisciplinar**. Florianópolis: Conceito Editorial, 2017. p. 257-280.

Meirelles Araújo, A. T., & Lins-Kusterer, L. (2022). Autonomia e capacidade na assistência à saúde: a admissibilidade da recusa a tratamento médico a partir de pressupostos fundamentais. **Revista Do Direito**, (65), p. 102-121. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rdunisc.vi65.14719>. Acesso em: 1 mai. 2023.

Meirelles ATA. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da Obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: **Biodireito e direitos dos animais** [Internet]. XXVII Encontro Nacional do Conpedi; Salvador; 2018, p. 8-24. Disponível

em:<http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe3ObVLU.pdf2>. Acesso em 5 mar. 2023.

MEIRELLES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 03, n.1, jan./abr. 2018. p.123-147. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/26220>. Acesso em: 1 mai. 2023.

MEIRELLES, Ana Thereza; SÁ, Maria de Fátima Freire; VERDIVAI, Rafael; LAGE, Caio. A compreensão das dimensões da vulnerabilidade humana nas situações jurídicas existenciais: uma perspectiva a partir da autonomia. **Direito e Democracia na Sociedade Contemporânea, Faculdade Mineira de Direito – PUC Minas**, v. 25, n. 49, p. 113-133. Out. 2022. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/27748/20152>. Acesso em: 1 mai. 2023.

MIRAGEM, Bruno. **Curso de Direito do Consumidor**. 4ªed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

NELSON NERY JUNIOR, Parecer Jurídico “Escolha Esclarecida de Tratamento Médico por Pacientes Testemunhas de Jeová como exercício harmônico de direitos fundamentais” de 22 de setembro de 2009, São Paulo.

Neves Aguiar, M., & Thereza Meireles, A. (2018). Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira De Direito Animal**, 13(1). Disponível em: <https://doi.org/10.9771/rbda.v13i1.26220>. Acesso em: 5 mar. 2023.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em 2 mai. 2023.

Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Genebra: Unesco; 2005. Disponível em: » <http://bit.ly/2kgv9lt>. Acesso em: 01 mar. 2023

PEREIRA JÚNIOR, Antonio Jorge; PEREIRA, Rayssa Mosanio Duarte; FERREIRA, Rebeca Simão Bedê. O limite da autonomia em face do direito à vida e a recusa a tratamento médico em casos de doenças crônicas. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, Belo Horizonte, v. 17, p. 201-221, jul./set. 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/278/236>. Acesso em: 2 mai. 2023.

RAMPAZZO, Flaviana. **Consentimento Informado do Paciente no Direito Médico**. São Paulo: Atlas, 2018.

Rosenberg, Marshall B. **Comunicação não-violenta** (Locais do Kindle 206-208). Editora Ágora. Edição do Kindle.

SÁ, Maria de Fátima Freire; MOUREIRA, Diogo Luna. Autonomia Privada e Vulnerabilidade: O Direito Civil e a Diversidade Democrática. In: LIMA, Taisa Maria Macena (Org.); SÁ, Maria de Fátima Freire (Org.); MOUREIRA, Diogo Luna (Org). **Autonomia e Vulnerabilidade**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2017.

SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de biodireito**. 3. Ed. Revista, atualizada e ampliada. Belo Horizonte: Del Rey Editora, 2015.

SÁ, Maria Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito**. 5ª ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2021.

SANCHES, Mário Antônio. **Objecção de consciência: reflexões no contexto da bioética**. Gazeta do Povo. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/artigos/objecao-de-consciencia-reflexoes-no-contexto-da-bioetica-7k53hz3skz0crfv0sr2j55a32/>. Acesso em: 2 mai. 2023.

SILVA, Maristela Freitas. Consentimento Informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. **Revista Bioética**, v.25, n.1, 2017. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-91e50fele39af2869d3336eaaeebdb43.pdf. Acesso em: 17 nov. 2022.

SOARES, Flaviana Rampazzo. **Consentimento do Paciente no Direito Médico: validade, interpretação e responsabilidade**. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2021.

SOARES, FLAVIANA. Objeção de consciência médica no direito brasileiro. *In*: ROSENVALD; BEZERRA; DADALTO. **Responsabilidade Civil e Medicina**. São Paulo: Editora Foco, segunda edição, 2021, p. 363-386.

TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. *In*: **Temas de direito civil**. Rio de Janeiro: Renovar, t. II, 2006.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Responsabilidade Civil do Médico e do Hospital. *In*: SÁ, Maria de Fátima Freire; SOUZA, Iara Antunes. **Responsabilidade Civil e Medicina**. 2. Ed. Indaiatuba – SP: Editora Foco, 2021. p. 59-78.

THEREZA MEIRELES ARAÚJO, ANA; LINS-KUSTERER, LILIANE; VERDIVAL, RAFAEL. Vulnerabilidade e compreensão como fundamentos do consentimento na relação médico-paciente / Vulnerability and understanding as grounds of consent in the medical-patient relationship. **Revista Brasileira de Direito Civil**, v. 31, p. 275-295, 2022. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/735/525>. Acesso em: 4 mai. 2023

VASCONCELOS, Pedro Pais de. Teoria Geral do Direito Civil. Coimbra: Almedina, 2005, p. 35-37; BERTI, Silma Mendes. Fragilização dos Direitos da Personalidade. **Revista da Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte**, v. 3, n. 5 e 6, p. 238-247, 1º e 2º sem. 2000, p. 238.

VIEIRA, Luciano Henrik Silveira; Novais, Rômulo Fernando. **Objecção de Consciência: a legítima recusa a tratamento médico**. FEOL. Disponível em: [http://www.feol.com.br/sites/Revista%20eletronica/artigos/DIREITO%20DE%20RECUSA%20A%20TRATAMENTO%20MEDICO%20\(Luciano%20Vieira%20-%20Romulo%20Fontes\).pdf](http://www.feol.com.br/sites/Revista%20eletronica/artigos/DIREITO%20DE%20RECUSA%20A%20TRATAMENTO%20MEDICO%20(Luciano%20Vieira%20-%20Romulo%20Fontes).pdf). Acesso em: 4 mai. 2023.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. **Autonomia versus beneficência**. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533255008.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2023.