



**FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

NATHÁLIA MALHEIROS PELTIER MUNIZ

**RECUSA A TRANSFUSÃO SANGUÍNEA POR TESTEMUNHA DE JEOVÁ:
CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS SOBRE OS FUNDAMENTOS E AS
IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO JULGAMENTO DO TEMA 1069 PELO
SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL**

Salvador
2025

NATHÁLIA MALHEIROS PELTIER MUNIZ

**RECUSA A TRANSFUSÃO SANGUÍNEA POR TESTEMUNHA
DE JEOVÁ: CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS SOBRE OS
FUNDAMENTOS E AS IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO
JULGAMENTO DO TEMA 1069 PELO SUPREMO TRIBUNAL
FEDERAL**

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

Orientador: Prof. Dra. Ana Thereza Meirelles

Salvador
2025

TERMO DE APROVAÇÃO

NATHÁLIA MALHEIROS PELTIER MUNIZ

RECUSA A TRANSFUSÃO SANGUÍNEA POR TESTEMUNHA DE JEOVÁ: CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS SOBRE OS FUNDAMENTOS E AS IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO JULGAMENTO DO TEMA 1069 PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

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, ____/____/ 2025.

À Odi, minha segunda mãe, que agora tem
o seu direito assegurado.
À minha tia Bela, a melhor médica do
mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ser o alicerce da minha vida e me abençoar em todos os momentos da graduação.

Aos meus pais, Edenilza Peltier e Alexandre Peltier, e ao meu irmão, Alexandre Peltier Filho, registro minha profunda gratidão por todo apoio, incentivo e amor incondicional. Especialmente ao meu pai, agradeço o cuidado pela leitura deste trabalho, que tem tamanha importância para mim.

À minha vó, Amália Queiroz, por todo carinho, amor e cuidado, que são essenciais na minha vida, e foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

À Rosilene Garcez, a quem chamo carinhosamente de Odi, dedico este trabalho como forma de retribuição a todo amor e cuidado que sempre teve por mim. Você é a figura principal dessa monografia. Muito do que sou, devo a você.

À minha família, sou grata por todas as orações e energias positivas emanadas por todos vocês, principalmente minhas tias Viviane Malheiros, Tânia Queiroz, Karina da Hora, Nilzete Malheiros, meus tios Henrique Góes, Luciano Cirne, e Murilo Rosário, e meus primos Pedro Góes e Beatriz Queiroz. De maneira singular, agradeço à minha tia e dinda Isabela Queiroz, médica ginecologista e obstetra, a quem também dedico esse trabalho, por sempre ter sido uma das minhas maiores fontes de apoio, inspiração e exemplo profissional.

Ao meu melhor amigo e namorado, Adelson Prado, agradeço por toda compreensão, paciência e amor que teve comigo, não só no período de escrita da monografia, mas em grande parte da minha faculdade, sempre me animando e acreditando em mim, mesmo quando nem eu acreditava.

Às minhas amigas Catarina Feijó, Yasmin Chaves, Natália Brock e Beatriz Albiani, agradeço pelo grande suporte emocional, pela força e incentivo nos dias que eu desanimava. A positividade e confiança de vocês quanto a mim mesma foi essencial para a minha conclusão desse curso. Agradeço também, de coração, à Taynara Câmera, por todo apoio e ajuda constante durante a faculdade.

Ao meu amigo e Dr. Jorge Menezes, agradeço por escutar meus desabafos, por todos os conselhos e “puxões de orelha” que contribuíram para o meu amadurecimento pessoal e profissional. Também sou grata por acreditar no meu potencial e me impulsionar a crescer.

À minha professora orientadora Dra. Ana Thereza Meirelles, agradeço por ter me inserido no mundo da pesquisa e me proporcionado experiências enriquecedoras. Sua

orientação foi essencial para que este trabalho se tornasse o reflexo do amor que tenho pelo estudo e da inspiração que encontro em seu exemplo.

“Se o homem falhar em conciliar a justiça e a liberdade,
então falha em tudo.”
Albert Camus

RESUMO

Esta monografia tem o objetivo de analisar os fundamentos e as repercussões jurídicas do julgamento do Tema de Repercussão Geral nº 1069 do Supremo Tribunal Federal, que reconheceu o direito de recusa à transfusão sanguínea das pessoas Testemunhas de Jeová, em razão do exercício de sua fé, desde que sejam adultas e capazes, e expressem a sua manifestação de vontade de forma consciente, livre e inequívoca. Essa discussão ecoa não só no Brasil, mas no mundo inteiro, e parte da colisão de dois direitos fundamentais: a proteção da vida e a liberdade religiosa. A presente pesquisa busca examinar o modo de como o Estado e os estabelecimentos de saúde devem atuar, a partir de agora, diante do reconhecimento da autonomia privada do paciente, notadamente quando se recusa um tratamento médico em razão de convicção religiosa, compreendendo os efeitos práticos da decisão do STF. É aprofundamento a questão da atualidade (ou não) do consentimento e a validade das diretivas antecipadas de vontade, pontos controvertidos no julgamento que gerou grande discussão pelos ministros da corte. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e qualitativa, com método hipotético-dedutivo. O julgamento estudado reafirma que o valor da vida deve ser compreendido em sua dimensão qualitativa, reconhecendo que viver dignamente inclui o direito de decidir sobre o próprio corpo em consonância com as convicções que cada indivíduo tem sobre a vida, e impor transfusões compulsórias a pacientes adultos e capazes seria negar-lhes o exercício concreto do direito de liberdade e dignidade. Sendo o paciente maior e civilmente capaz, a sua manifestação de vontade deve ser reconhecida e respeitada, sob pena de responsabilização.

Palavras-chave: Autonomia Privada; Supremo Tribunal Federal; Tema de Repercussão Geral nº 1069; Testemunha de Jeová; Transfusão de sangue.

ABSTRACT

This monograph aims to analyze the legal grounds and implications of the judgment rendered under General Repercussion Theme nº 1069 by the Supreme Federal Court of Brazil, which recognized the right of Jehovah's Witnesses to refuse blood transfusions on the basis of their religious faith, provided that they are adults, legally competent, and have expressed their will in a conscious, free, and unequivocal manner. This discussion resonates not only in Brazil but worldwide, arising from the collision of two fundamental rights: the protection of life and the freedom of religion. The present research seeks to examine how the State and healthcare institutions must act, henceforth, in light of the recognition of the patient's private autonomy, particularly when medical treatment is refused on grounds of religious conviction, while assessing the practical effects of the STF's decision. It further explores the contemporaneity (or lack thereof) of consent and the validity of advance healthcare directives, controversial issues in the judgment that sparked significant debate among the Court's Justices. This is a bibliographical and qualitative study, employing the hypothetical-deductive method. The analyzed judgment reaffirms that the value of life must be understood in its qualitative dimension, recognizing that living with dignity includes the right to decide over one's own body in accordance with personal convictions about life. To impose compulsory transfusions on adult, competent patients would amount to denying them the concrete exercise of their fundamental rights to liberty and dignity. Where the patient is of full legal age and capacity, his or her willful manifestation must be acknowledged and respected, under penalty of liability.

Keywords: Private Autonomy; Supreme Federal Court; General Repercussion Theme nº 1069; Jehovah's Witness; Blood Transfusion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

art.	artigo
CF/88	Constituição Federal da República
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBM	<i>Patient Blood Management</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
§	Parágrafo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 AUTONOMIA SOBRE O PRÓPRIO CORPO E RECUSA A TRATAMENTOS MÉDICOS	15
2.1 A INTER-RELAÇÃO ENTRE OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA, DO BIODIREITO E A DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL	15
2.2 ASPECTOS SOBRE A AUTONOMIA E REFLEXÕES JURÍDICAS	20
2.3 O DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTOS MÉDICOS	25
2.3.1 Breves notas sobre transfusão sanguínea	26
2.3.2 A capacidade civil como parâmetro para o exercício do direito de recusa à tratamentos médicos	27
2.3.3 A recusa por crianças e adolescentes	29
3 O JULGAMENTO PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	34
3.1 O CONTEXTO FÁTICO E JURÍDICO DO RE Nº 1.212.272	34
3.1.1 O caso paradigma	34
3.1.2 A controvérsia constitucional em debate	38
3.1.3 Aspectos médicos relacionados à recusa das Testemunhas de Jeová	42
3.2 O VOTO DO RELATOR MINISTRO GILMAR MENDES E A TESE FIXADA	46
3.2.1 O direito constitucional à liberdade religiosa	46
3.2.2 O reconhecimento da autonomia do paciente e a consequente possibilidade de recusa à transfusão sanguínea	48
3.2.3 A impossibilidade de atribuição prévia de responsabilidade ao médico e o seu direito de objeção de consciência	50
3.2.4 A conclusão final do Supremo Tribunal Federal	52
3.3 PONTOS CONTROVERTIDOS	54
3.3.1 O debate sobre a necessidade de consentimento atual e a validade da manifestação prévia de vontade	54
3.3.2 As situações de risco iminente de vida	57
4 AS IMPLICAÇÕES JURÍDICAS DA DECISÃO	61
4.1 A (RE)CONFIGURAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DIANTE DA AUTONOMIA PRIVADA	61
4.1.1 Da medicina arcaica à medicina centrada no paciente	61

4.1.2 O consentimento livre e esclarecido como pressuposto ético e jurídico	63
4.1.3 Consequências para o exercício profissional da medicina	69
4.2 A AUSÊNCIA DE EXTENSÃO DA TESE PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PESSOAS INCAPAZES	72
4.3 IMPACTOS INSTITUCIONAIS NOS PROTOCOLOS E OBRIGAÇÕES DOS HOSPITAIS	75
4.3.1. Hospitais privados e a recusa de transfusão de sangue alogênico	75
4.3.2 A responsabilidade civil do Estado diante da recusa do paciente: o dever do Sistema Único de Saúde e os hospitais públicos	78
4.3.3 Os desafios do reconhecimento do direito a tratamentos alternativos	85
5 CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	91

1 INTRODUÇÃO

O avanço do estudo do direito, especialmente o direito constitucional inserido no direito médico, revela um cenário em que os avanços científicos e tecnológicos se relacionam com valores éticos e direitos fundamentais. A sociedade brasileira possui um grande pluralismo religioso, o que impõe a necessidade de reinterpretar institutos jurídicos tradicionais sob novas perspectivas.

Nesse contexto, a recusa a tratamentos médicos, notadamente a recusa à transfusão de sangue por pessoas que integram a comunidade religiosa das Testemunhas de Jeová, torna-se terreno fértil para a análise da tensão entre a preservação da vida, a autonomia individual, o dever ético do médico nessa situação e o papel do Estado na promoção da saúde.

A Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização e da positivação de diversos direitos fundamentais, consagra a dignidade da pessoa humana como centro da ordem jurídica, bem como assegura a liberdade de consciência e de crença, além de estabelecer o direito à saúde como dever estatal. A interpretação desses dispositivos impõe compreender que o direito à vida não deve ser restringido apenas ao aspecto biológico, devendo ser protegido em abstrato, de modo que a existência humana seja indissociável da possibilidade do indivíduo conduzir livremente a sua própria vida.

A recusa a tratamentos médicos se encontra no epicentro da colisão entre princípios constitucionais: de um lado, a vida como direito fundamental impõe ao Estado e à sociedade um dever de proteção; de outro, a autonomia privada, a liberdade religiosa e o livre desenvolvimento da personalidade são igualmente assegurados constitucionalmente.

É nesse espaço de tensão que reverbera a necessidade da busca do equilíbrio entre proteção e liberdade, de modo a evitar tanto a imposição de um paternalismo médico-jurídico quanto a renúncia irresponsável ao valor da vida.

O julgamento do Tema 1069 pelo Supremo Tribunal Federal representa um divisor de águas nessa matéria, haja vista que reconhece, em sede de repercussão geral, o direito do paciente adulto, lúcido e plenamente capaz de recusar transfusões sanguíneas por convicções religiosas. Dessa forma, não apenas consolidou a supremacia da autonomia como valor existencial, mas também delimitou os contornos do dever estatal de oferecer alternativas terapêuticas compatíveis com tais escolhas.

O presente trabalho busca promover uma análise sobre as repercussões jurídicas advindas da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal, que consolida a autonomia

privada como expressão da dignidade humana, o que desencadeia uma série de desafios e questionamentos que precisam ser compreendidos.

Busca-se compreender as transformações jurídicas e éticas decorrente dessa decisão paradigmática, investigando seus impactos sobre a relação médico-paciente e sobre o próprio papel do Estado na tutela da vida e da liberdade religiosa, bem como apontando eventuais problemas e desafios que possam ocorrer a partir dessa perspectiva.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa de natureza bibliográfica afigurou-se predominante, de modo que foram coletadas informações, definições e ideias em livros, artigos, notícias, doutrinas, jurisprudência, além de amplo material eletrônico de universidades e autores reconhecidos no âmbito jurídico para contribuir com as discussões sobre a temática.

No tocante à abordagem, foi utilizada a pesquisa qualitativa e bibliográfica, visto que houve grande necessidade de interpretação e compreensão do objeto da pesquisa para avaliação dos seus impactos.

O método utilizado foi o hipotético-dedutivo, baseado na obra de Karl Popper, posto que a construção da solução do problema de pesquisa foi submetida a uma junção de resultados a partir da respectiva dedução pura, usando doutrinas, artigos e livros.

O objetivo final é analisar as repercussões jurídicas da decisão supracitada, considerando sua eficácia vinculante em âmbito nacional, com especial atenção às transformações que projeta sobre as relações médico-paciente e sobre os deveres do Estado em matéria de saúde pública, bem como os demais desdobramentos advindos da decisão proferida.

Para tanto, este trabalho está dividido em cinco capítulos. O capítulo 2 introduz o tema sobre a autonomia privada e o direito de recusa a tratamentos médicos, explorando a relação entre os princípios da bioética, do biodireito e da Constituição Federal, bem como aprofundando sobre os aspectos do instituto da autonomia.

O capítulo 3 trata do julgamento do tema nº 1069 pelo Supremo Tribunal Federal, demonstrando qual o contexto do caso concreto que gerou a repercussão geral, explicando qual a controvérsia constitucional, assim como apresenta o voto do Relator Ministro Gilmar Mendes e demais pontos apresentados nos votos dos demais ministros que compõem a Corte.

Por sua vez, o capítulo 4 trata, especificamente, do problema de pesquisa do presente trabalho, examinando as implicações jurídicas do julgamento do Tema 1069 do STF na relação médico-paciente e no âmbito institucional dos hospitais públicos e privados. Nesse tópico, analisa-se o consentimento livre e esclarecido como requisito ético e jurídico fundamental, bem como a limitação da tese fixada pelo STF aos pacientes adultos e plenamente

capazes. Por fim, são notados os impactos institucionais decorrentes da decisão, com ênfase nas obrigações e responsabilidades atribuídas aos estabelecimentos hospitalares, tanto na esfera privada quanto pública.

2 AUTONOMIA SOBRE O PRÓPRIO CORPO E RECUSA A TRATAMENTOS MÉDICOS

A autonomia sobre o próprio corpo constitui expressão central da dignidade da pessoa humana e fundamento indispensável à concretização do Estado Democrático de Direito. Nesse contexto, o direito de recusa a tratamentos médicos surge como uma manifestação legítima da liberdade individual e do direito à autodeterminação, impondo limites éticos e jurídicos para a atuação do profissional de saúde e para a intervenção estatal sobre o corpo do cidadão.

A inter-relação entre os princípios da bioética, do biodireito e da CF/88 evidencia a integração de valores morais e normas jurídicas na tutela da autonomia privada. Além disso, compreender os aspectos conceituais e jurídicos da autonomia é essencial para a adequada interpretação de suas implicações na formação do consentimento livre e esclarecido, documento que concretiza o exercício da liberdade individual e fundamenta o direito de recusa a tratamentos médicos, notadamente o direito de recusa à transfusão sanguínea por motivo de religião.

2.1 A INTER-RELAÇÃO ENTRE OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA, DO BIODIREITO E A DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

O estudo da autonomia sobre o próprio corpo e da recusa a tratamentos médicos exige uma análise que vá além da simples aplicação da lei, sendo necessário observar o diálogo entre três institutos, quais sejam: a Bioética, o Biodireito e o Direito Constitucional.

Entender essa inter-relação é fundamental para compreender como os avanços científicos, as escolhas individuais e os limites ético-jurídicos se equilibram dentro do Estado Democrático de Direito, pois é a partir dessa conexão que se torna possível assegurar que o respeito à vida não seja confundido com a imposição de sua preservação a qualquer custo, reconhecendo o indivíduo como sujeito de direitos, capaz de decidir livre e conscientemente sobre o próprio corpo e destino

A institucionalização da bioética teve início nos Estados Unidos, quando o Congresso Nacional norte-americano criou, em 1968, a primeira Comissão de Bioética, por iniciativa do senador Walter Mondale, denominada *Commission on Health Science and Society*. (Fürst, 2023, p. 105)

Na década seguinte, com a aprovação do *National Research Act* pelo Congresso norte-americano, foi criada uma comissão encarregada de examinar as questões éticas envolvidas nas pesquisas científicas com seres humanos. O trabalho desse grupo, resultou, em 1978, na publicação do *Belmont Report*, que introduziu pela primeira vez o uso sistemático dos princípios éticos aplicáveis às pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos (Fürst, 2023, p. 106).

Seus autores foram Tom Beauchamp e James Childress, que propuseram quatro princípios fundamentais: respeito pela autonomia; beneficência, não maleficência e justiça. O contexto histórico de surgimento dessa corrente remonta à década de 1970, quando o congresso norte-americano aprovou o *National Research Act*, instituiu uma comissão encarregada de examinar as implicações éticas das pesquisas científicas com seres humanos, trabalho este que resultou na publicação do *Belmont Report*, em 1978, no qual foram definidos três princípios norteadores: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça, que posteriormente fundamentaram o modelo principiológico do principialismo (Fürst, 2023, p. 110).

Assim, o principialismo se tornou a proposta teórica de maior difusão e influência na formação e no desenvolvimento da bioética, sendo considerado o paradigma mais influente dessa disciplina (Fürst, 2023, p. 109-110, Ferrer; Álvarez, 2005, p. 119).

Embora existam outros modelos alternativos, como a casuística e a moralidade comum, o presente estudo adota a perspectiva principialista, por compreender que ela oferece a base mais adequada para a análise ética das relações entre autonomia, dignidade e decisões médicas.

É fundamental compreender o que caracteriza uma “ação autônoma” para interpretar o princípio da autonomia no seu sentido bioético, de modo que uma ação só pode ser considerada autônoma quando é realizada com intenção, compreensão e livre de influências externas, o que revela a natureza subjetiva que permeia a autonomia (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 5). Esse ponto será aprofundado em capítulo posterior.

De acordo com Tom Beauchamp e James Childress, esse princípio pode ser compreendido sob duas dimensões: a negativa e a positiva. Sob o aspecto negativo, ele determina que as ações autônomas de um indivíduo não devem ser submetidas a interferências ou restrições indevidas por parte de outras pessoas, o que envolve direitos e deveres vinculados à liberdade, à privacidade e semelhantes. Sobre a obrigação positiva, esse princípio impõe uma postura respeitosa na comunicação de informações, quanto a adoção de ações que incentivem a

tomada de decisões autônomas, em respeito à consciência e manifestação de vontade do paciente (2012, p. 107).

Logo, o respeito à autonomia atribui aos profissionais da saúde e aos pesquisadores o dever ético de informar adequadamente, garantir a compreensão e a voluntariedade dos sujeitos envolvidos, além de criar condições que favoreçam decisões conscientes e livres (Beauchamp; Childress, 2012, p. 107).

Em relação ao princípio da beneficência, este impõe ao profissional a responsabilidade de agir em prol do bem-estar do sujeito envolvido. O segundo reconhece a capacidade individual de cada ser humano em tomar decisões livres e conscientes sobre sua própria vida. Por fim, o último princípio exige equilíbrio na distribuição de riscos e benefícios, maximizando os benefícios com o mínimo custo (Sá; Naves, 2023, p. 25-27).

Tom Beauchamp e James Childress pontuam que o princípio da não maleficência impõe a obrigação de abster-nos de causar dano a outrem, fazendo referência ao Juramento de Hipócrates, que incorpora tanto a obrigação de não maleficia, quanto a obrigação de beneficência, pois determina que o médico deve fazer uso dos tratamentos em benefício dos pacientes, de acordo com sua competência e julgamento profissional, evitando sempre qualquer conduta que possa gerar sofrimento ou prejuízo (2012, p. 150).

Ao distinguir o princípio da beneficência e não maleficência, os autores demonstrar que as obrigações morais de evitar a ocorrência de danos são distintas das que impõem o dever de ajudar ao próximo, pois, para evitar um dano, é necessário impedir condutas lesivas (como ferir alguém ou gerar uma morte), enquanto as obrigações que orientam o agir voltado à promoção do bem-estar e à proteção dos interesses alheios, estimulam atitudes empáticas e benéficas (2012, p. 151).

No que diz respeito ao princípio da justiça, o conceito de equidade, merecimento e direito constituem seus principais fundamentos, uma vez que orientam a compreensão da justiça como exigência de tratamento imparcial e proporcional entre os indivíduos, garantindo a cada indivíduo o que lhe é legitimamente devido (Beauchamp; Childress, 2012, p. 250).

Um outro princípio a ser considerado, mas que não está inserido no Relatório Belmont, é o da responsabilidade, que há de ser trabalhado em dois sentidos: (i) o da consciência, empenho ou moralidade e (ii) a culpa ou o erro. A ciência é questionada no segundo sentido, da culpa ou do erro, uma vez que, embora possua inúmeros avanços, ainda é responsável por abusos, revelando a necessidade de se questionar quais os limites à liberdade da pesquisa (Berlinguer, 2003, p. 192-193).

No âmbito do Biodireito, não há nenhum documento que enumere os seus princípios. Contudo, Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Naves assim elencam os princípios do Biodireito: precaução, autonomia privada, responsabilidade e dignidade da pessoa humana. O princípio da precaução revela-se como uma limitação à ação profissional, o qual precisa ser precavido em relação aos casos de risco de dano grave e irreversível (Sá; Novaes, 2023, p. 28-29).

O princípio da autonomia privada refere-se à liberdade conferida ao indivíduo para conduzir seus próprios atos jurídicos, até porque o nosso próprio ordenamento reconhece ao ser humano a possibilidade de agir conforme a sua própria vontade, desde que não cometa nenhum ilícito (Sá; Novaes, 2023, p. 29)

Por sua vez, o princípio da responsabilidade significa que toda pessoa deve cumprir as obrigações que assume, traduzindo o dever jurídico em que a pessoa se coloca, com o fito de resolver as obrigações convencionadas ou suportar as sanções legais impostas pelo seu descumprimento. É um dever jurídico ligado à ideia de assumir e responder pelos próprios atos (Sá; Novaes, 2023, p. 30).

No que diz respeito ao Estado Democrático de Direito em que vivemos, a dignidade da pessoa humana é reconhecida como fundamento central, ensejando a valorização da individualidade e da liberdade de cada sujeito. Contudo, em uma sociedade plural e diversificada, não há um conceito fixo de dignidade, pois cada indivíduo tem o direito de construir o seu próprio sentido de vida. Assim, concretizar esse valor positivado em nossa Carta Magna exige garantir a liberdade para que cada pessoa desenvolva seu projeto existencial com base nos princípios que escolhe para si (Teixeira, 2018, p. 78-79).

Pelo fato da dignidade da pessoa humana ser um fundamento do Estado Democrático de Direito e o cerne de todo o ordenamento jurídico, a bioética deve considerar a dignidade humana como um valor ético, sendo a prática biomédica condicionada e obrigada a respeitar esse direito (Diniz, 2017, p. 41-42).

Observa-se que esse princípio fundamental do Estado Democrático de Direito orienta a atuação do Estado, da sociedade e da prática biomédica, servindo como um parâmetro ético e jurídico que limita – mas também legitima – as intervenções sobre o corpo e a vida das pessoas.

Sobre valores constitucionalmente assegurados, a Constituição garante a liberdade de religião como um direito fundamental, decorrente do reconhecimento da necessidade de

assegurar a dignidade da pessoa humana, que também abarca proteger a crença individual de cada cidadão.

Desse modo, a adesão a uma crença religiosa somada ao livre exercício de seu culto constitui direitos assegurados pelo ordenamento jurídico, impondo ao Estado o dever de abster-se de qualquer conduta que restrinja ou dificulte o pleno gozo da liberdade de religião.

A inviolabilidade do direito à vida também é positivada na Carta Magna, direito este que não deve ser confundido com sua indisponibilidade. Enquanto a inviolabilidade é no âmbito da proteção de determinados valores constitucionais contra terceiros, a indisponibilidade se refere à impossibilidade de o próprio titular dispor de certos direitos (Bastos, 2000, p. 8).

No mesmo viés, o direito à vida se estabelece em relação aos outros, ou seja, ninguém pode atentar contra a vida de outrem. Entretanto, não existe um dever jurídico que imponha a cada indivíduo a obrigação de conservar a própria vida a qualquer custo (Costa e Fonseca, 2001, p. 492).

As relações humanas inseridas na área da saúde demonstram que a ideia da vida como algo intangível vem sendo cada vez mais questionada. Isso é reflexo de uma sociedade marcada pela diversidade de valores e culturas, somando-se a um maior acesso à educação, que tem ampliado o debate e permitindo que diferentes formas de pensar e de ver a mesma situação sejam reconhecidas e respeitadas (Taylor, 1998, Geertz, 2012).

Depreende-se do princípio da autonomia, anteriormente mencionado, que todo ser humano possui a liberdade de administrar e comandar a sua própria vida. Diante disso, o direito à liberdade religiosa também é positivado na nossa Constituição, uma vez que o direito de aderir a uma vertente religiosa é um direito fundamental, porquanto esse direito é reconhecido constitucionalmente.

A adesão do indivíduo a uma religião revela não somente uma escolha pessoal e subjetiva, mas sim algo além dessa dimensão, uma crença em um universo transcendente e superior. Essa crença gera um conjunto de práticas e rituais que criam uma ligação entre o ser humano e o divino, exigindo obediência a regras cujas origens e consequências transcendem o nosso mundo físico, influenciando diretamente o seu modo de pensar e agir (Diniz, 2017, p. 369, Silva; Watanabe, 2022).

O resultado desses questionamentos resulta na coerência da discussão sobre a possibilidade dos integrantes do grupo religioso nominado Testemunhas de Jeová recusarem transfusão de sangue, haja vista que a recusa consciente e autônoma do indivíduo ao

recebimento de transfusão sanguínea fundamenta-se, sobretudo, no princípio da dignidade da pessoa humana, o que impede o médico de realizar procedimento de forma compulsória (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 10).

Para quem é adepto da precitada religião, a transfusão representa uma violação à sua concepção de vida digna, tornando ilegítima qualquer imposição do Estado nesse sentido, sobretudo quando o paciente está plenamente consciente das consequências de sua escolha, em razão do dever de informação assumido pelo profissional de saúde (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 10).

Diante do exposto, nota-se um entrelaço entre: (i) a matriz da bioética chamada principialismo, que se apoia em 4 princípios fundamentais, (ii) os princípios do biodireito, e (iii) os direitos fundamentais positivados na Constituição de 1988.

A bioética apresenta uma reflexão sobre o valor moral da vida e o respeito à vontade do paciente, deslocando o foco da decisão do profissional de saúde para o paciente. O biodireito, por sua vez, transforma os princípios morais em deveres jurídicos, que oferecem parâmetros normativos regulamentadores da conduta dos agentes de saúde e da atuação do Estado.

Assim, o direito constitucional confere a esse diálogo legitimidade e efetividade normativa, ao pôr a dignidade da pessoa humana, a liberdade individual e a inviolabilidade de consciência como fundamentos estruturantes da ordem jurídica e do Estado Democrático de Direito em que vivemos.

Sob essa ótica, a autonomia sobre o próprio corpo deixa de ser entendida como uma simples prerrogativa individual e passa a ser conhecida como uma manifestação concreta dos direitos fundamentais de liberdade e dignidade, cujo exercício se expressa, entre outras formas, na possibilidade de o paciente aceitar ou recusar intervenções médicas.

A relação desses três institutos permite compreender que a recusa a tratamentos médicos não constitui um ato de negação da vida, mas uma afirmação da própria dignidade e da liberdade individual, traduzindo a capacidade de autodeterminação do indivíduo.

Posto isso, passamos ao estudo aprofundado sobre o instituto da autonomia.

2.2 ASPECTOS SOBRE A AUTONOMIA E REFLEXÕES JURÍDICAS

A autonomia individual, entendida como a capacidade de autodeterminação sem imposição de agentes externos, é elemento essencial à dignidade da pessoa humana, que pressupõe o acesso aos meios mínimos para uma vida plena. Nesse contexto, há também o

direito de recusar tratamentos médicos, assegurando que ninguém seja forçado a se submeter a intervenções com as quais não esteja de acordo (Meirelles; Fernandes, 2019, p. 3).

Do ponto de vista etimológico, o termo “autonomia” tem origem no grego, sendo composto por “autos” (si mesmo) e “nomos” (norma, lei ou costume), sendo a autonomia resultante da capacidade do indivíduo de estabelecer suas próprias regras e orientações de conduta, ou seja, de ser autor das normas que regem sua vida (Schramm *et al*, 2009, p. 3).

A concepção inicial de autonomia, no campo jurídico, está ligada ao reconhecimento da individualidade e da personalidade de cada sujeito, de modo que, admitir a autonomia como fundamento essencial das relações sociais implica também em repensar o papel do Estado, que passa a ter o dever de proteger a liberdade individual dos cidadãos, garantindo-lhes o direito de escolher, consentir ou recusar conforme sua própria vontade (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 5).

Diante disso, é necessário distinguir o conceito de autonomia privada (um dos princípios do Biodireito citado em capítulo anterior) da autonomia da vontade.

A expressão “autonomia da vontade” reflete um aspecto subjetivo e psicológico, ao passo que “autonomia privada” evidencia a força da vontade como um poder jurídico exercido de um modo objetivo, concreto e real (Amaral, 2000, p. 337-338).

A autonomia privada trata-se de um princípio jurídico fundamental, servindo tanto de orientação para outras normas quanto de meio direto para soluções de questões jurídicas, sendo aplicada de forma imediata em uma situação concreta (Sá; Novaes, 2023, p. 66).

A autonomia privada do paciente foi, de forma gradativa, sendo reconhecida com o texto normativo americano chamado “*The Patient Self-Determination Act*” que, em português, significa “Ato de Autodeterminação do Paciente”, haja vista que esse texto constata a autonomia privada do paciente e, ainda, o direito de recusar tratamento médico (Sá; Novaes, 2023, p. 67).

Para a autonomia privada ser exercida de forma válida, o artigo 104 do Código Civil formula a necessidade de que o agente seja capaz, que o objeto seja lícito, possível e determinado, e que a forma utilizada esteja prevista em lei ou não seja proibida por ela (Brasil, 2002).

Ao tomar decisões, o paciente precisa estar munido de informações completas sobre o seu diagnóstico, bem como o tratamento mais indicado e as possíveis consequências, tanto favoráveis ou desfavoráveis. Portanto, a escolha deve ser baseada no máximo de informações

disponíveis, transmitidas de maneira clara e completa pelos profissionais de saúde (Sá; Novaes, 2023, p. 68).

Na relação médico-paciente, é de grande relevância a capacidade de entendimento, que evidencia o poder de decisão baseado na maturidade e educação, ou seja, o grau de cognição permite a capacidade específica para consentir (ou não) algum tratamento médico proposto (Stancioli, 2004, p. 46)

Passando para uma análise normativa, dispõe o art. 13 do Código Civil que, salvo por exigência médica, é vedado ao indivíduo dispor do próprio corpo em situações que comprometam de forma permanente sua integridade física ou contrariem bons costumes, ou seja, ninguém pode fazer algo com o próprio corpo que cause uma perda permanente de sua integridade física, a não ser que haja recomendação médica (Brasil, 2002).

O Enunciado nº 6 da I Jornada de Direito Civil amplia a interpretação da expressão “exigência médica” presente no dispositivo supracitado, ao afirmar que abrange não apenas o bem-estar físico, como também o bem-estar psíquico do disponente. Portanto, reconhece-se que a saúde mental e emocional também pode justificar a realização de determinados procedimentos, desde que pautados por necessidade médica e voltados à preservação da dignidade e integridade do sujeito (Conselho da Justiça Federal, 2017).

O Código Civil, em seu artigo 15, garante que ninguém pode ser forçado a se submeter a tratamento médico ou cirurgia, mesmo que haja risco de vida, sendo assim, a recusa pode ser válida mesmo quando envolve riscos à saúde, o que demonstra que o ordenamento jurídico brasileiro não adota a preservação da vida como valor completo e absoluto, uma vez que o mais importante são as escolhas pessoais relevantes de cada indivíduo (Barroso, 2017, p. 35).

Contudo, surgem dúvidas quanto à sua interpretação, especialmente sobre os limites e situações em que a recusa terapêutica pode ser legitimamente exercida pelo paciente. Mas, ainda assim, é inegável que o ordenamento jurídico brasileiro reconhece a recusa a tratamentos médicos como uma expressão fundamental da autonomia e da construção da personalidade do ser humano (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 11).

Uma das críticas acerca desse dispositivo é que a escolha da expressão “com risco de vida” para ser um dos requisitos da possibilidade de recusa fomenta debates sobre os casos em que esse risco não está presente. Consequentemente, a interpretação desse artigo pode ser de natureza excessivamente restritiva (Teixeira, 2010, p. 299).

Nesse contexto, o mais indicado seria a norma apenas afirmar que ninguém pode ser obrigado a se submeter a tratamentos médicos sem o devido respeito à sua vontade (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 11).

Impor a uma pessoa a obrigatoriedade de se submeter a um tratamento médico contra sua vontade representa uma violação aos direitos constitucionalmente assegurados e, conseqüentemente, à dignidade da pessoa humana, que constitui um valor fundamental (Schreiber, 2011).

Este estudo pleiteia por uma interpretação do art. 15 do Código Civil de modo que seja respeitada a autonomia individual e os direitos da personalidade. A análise mais adequada seria no sentido de reconhecimento ao direito de recusa, com ou sem risco de vida, seja uma forma de proteger a esfera íntima da pessoa que opta por não seguir com determinado protocolo terapêutico (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 11-12).

A norma supracitada está relacionada com o consentimento informado (ou livre e esclarecido), o qual é originado do Código de Nuremberg, em 1947, que estabeleceu a exigência de toda intervenção médica ou científica ser precedida da manifestação voluntária e consciente do indivíduo envolvido (Tepedino; Barboza; Moraes, 2004, p. 42).

O consentimento informado é compreendido como a manifestação do paciente em aceitar determinado tratamento de saúde proposto pelo médico. Para que esse processo decisório seja considerado válido, é indispensável que o paciente compreenda todos os aspectos positivos e negativos do procedimento, bem como que sua concordância decorra de ato voluntário (Bergstein, 2013, p. 197).

No contexto da autodeterminação e do livre desenvolvimento da personalidade, o consentimento informado configura-se como um processo mediante o qual a pessoa capaz e apta recebe do profissional de saúde informações suficientes, transmitidas de forma clara e acessível, possibilitando-lhe participar de maneira voluntária, consciente e ativa nas decisões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento de sua condição de saúde (Galán Cortés, 2001, p. 27 *apud* Ribeiro, 2010, p. 36).

A capacidade do indivíduo em consentir de forma válida pressupõe o fornecimento de informações adequadas sobre todos os aspectos relevantes da pesquisa, para garantir que a decisão tomada seja livre, consciente e sem qualquer tipo de coação ou vício na manifestação de vontade (Moraes, 2011, p. 108).

No âmbito das controvérsias advindas do Código Civil, o Código Penal, por sua vez, em seu artigo 146, §3, I, ao tratar do crime de constrangimento ilegal, prevê uma exceção,

no sentido de que não há delito na realização de intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente, desde que esteja presente uma citação de iminente risco de vida (Brasil, 1940).

Essa previsão normativa promove algumas controvérsias, sobretudo quando confrontada com o direito de recusa a tratamento médico disciplinado no artigo 15 do Código Civil, uma vez que, ao permitir a intervenção médica compulsória em alguns casos, o alcance do dispositivo do Código Civil se esvazia (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 12).

Por conta disso, alguns autores profissionais da saúde entendem que, caso a transfusão de sangue seja indispensável para preservar a vida do paciente, não se configura uma afronta à autonomia de vontade da Testemunha de Jeová (Takashima, *et al*, 2016, p. 639).

Em consonância com esse pensamento, o respaldo previsto no Código Penal tem sido utilizado para embasar decisões médicas que autorizam transfusões de sangue em pacientes que se recusam a receber tal tratamento em razão de sua crença religiosa, tornando-se imperiosa a necessidade de revisão da regulamentação sobre a recusa a tratamento. Salienta-se que a interpretação do Código Penal há de ser feita de forma a preservar a autonomia individual e o direito personalíssimo de cada cidadão (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 12).

Quando uma situação surge no contexto de uma relação de cuidado em saúde e se baseia no exercício da autonomia, torna-se necessário repensar o direito à vida sob diferentes dimensões ontológicas. A visão puramente biológica e centrada na preservação da vida a qualquer custo se revela limitada diante do reconhecimento moral de que a autonomia é um elemento essencial na construção do projeto de vida de cada indivíduo (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 14).

Se a prática da medicina for exercida em dissonância do conjunto “mente-corpo”, ocorrerá o esquecimento de que o ser humano é um ser biopsicossocial e, assim, haveria a negação da sua condição de pessoa, bem como o não reconhecimento da sua dignidade, que ficará em segundo plano (Vasconcelos, 2020. p. 84-85).

À vista disso, atribuir o conceito de corpo à simples “matéria” é esquecer da identificação humana e da mente, observando o corpo como objeto e não como pessoa (Andorno, 2009, p. 435-449).

Negar a dimensão integral do indivíduo conduz a uma prática médica que o fragmenta, convertendo o paciente em simples objeto de intervenção técnica. Portanto, as decisões clínicas que ignoram a autonomia do sujeito reduzem-no à condição de um corpo-objeto. Tal perspectiva compromete não apenas a relação médico-paciente, mas também o

núcleo essencial da dignidade humana, que exige o reconhecimento do indivíduo em sua totalidade física, psíquica e social.

No que se refere à autonomia das crianças e adolescentes e a possibilidade de recusa, trata-se de uma questão mais delicada, de modo que, apesar de fazerem jus aos direitos da personalidade, não dispõem, em regra, de autonomia plena para decidir sobre intervenções que envolvam o próprio corpo, o que será aprofundado em capítulo posterior (Meirelles; Fernandes, 2019, p. 4).

2.3 O DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTOS MÉDICOS

O direito de recusar tratamentos médicos vem sendo reconhecido de forma crescente, uma vez que é normatizado por alguns países e rompe com a visão tradicional do direito à vida como um valor absoluto e totalmente indisponível (Durán, 2004).

O Conselho Federal de Medicina regulamentou a recusa terapêutica na Resolução 2232/2019 e, em suma, reconheceu a recusa como um direito do paciente capaz, maior de idade, lúcido e consciente, desde que esteja informado sobre os riscos e consequências. Ademais, dispõe que o médico deve respeitar a decisão do paciente. Todavia, em casos de risco grave à saúde, não se admite a recusa por menores ou adultos incapazes, mesmo que estejam representados por terceiros (Conselho Federal de Medicina, 2019).

Entende-se por tratamento médico o conjunto de métodos utilizados com o objetivo de curar ou amenizar os efeitos de uma doença, após sua identificação por um profissional habilitado. Esses métodos podem ser de natureza farmacológica, cirúrgica ou física e englobam desde intervenções simples até procedimentos complexos (Sillmann; Sá, 2015, p.82).

Além disso, entender um tratamento específico significa conhecer sua natureza, finalidades, riscos, efeitos colaterais e eventuais repercussões, bem como as implicações de sua não realização (Abreu, 2012, p. 17).

A objeção de consciência corresponde ao direito de o indivíduo deixar de cumprir determinadas obrigações ou de se recusar a realizar atos que contrariem seus princípios pessoais e convicções morais (Canotilho; Moreira, 2007, p. 616).

No Brasil, a CF/88 reconhece a objeção de consciência, mas impõe limites ao seu exercício, de maneira que, no art. 5, VIII, assegura que ninguém pode ser privado de seus direitos por razões de crença religiosa, filosófica ou política, salvo se essas convicções forem

invocadas para descumprir obrigação legal imposta a todos. Assim, a recusa só será legítima se acompanhada do cumprimento da prestação alternativa prevista em lei (Brasil, 1988).

Destarte, necessário se faz um breve estudo sobre o tratamento da transfusão de sangue.

2.3.1 Breves notas sobre transfusão sanguínea

A Lei nº 10.205 garante a todos o direito de receber transfusão de sangue sempre que necessário para preservar a vida ou tratar casos de hemorragia aguda intensa (Brasil, 2001).

Entretanto, toda transfusão de sangue acarreta riscos ao receptor, tanto imediatos quanto futuros, devendo ser um tratamento indicado com cautela, nos termos do art. 6 do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos (Brasil, 2016).

O conceito médico da transfusão sanguínea é o de uma prática que se realiza a partir da transferência de sangue ou de um componente sanguíneo do doador para outro receptor, sendo de grande valia, sobretudo, nos casos de hemorragias e doenças sanguíneas (Maluf, 2013, p. 363).

O sangue a ser transfundido dificilmente será 100% isento de riscos, uma vez que os exames disponíveis, tanto no Brasil quanto no exterior, não são capazes de eliminar por completo a possibilidade de transmissão de doenças. Isso decorre da chamada “janela imunológica”, reconhecida pela comunidade científica, na qual testes podem apresentar resultados negativos (Diniz, 2017, p. 347).

A responsabilidade civil dos bancos de sangue e dos serviços de hemoterapia será objetiva, em caso de danos causados pela utilização de sangue impróprio ou infectado, distribuição de sangue, seus componentes ou hemoderivados em condições inadequadas, não realização de testes sorológicos no sangue coletado para detecção de anticorpos do vírus da AIDS e aceitação do doador sem condições clínicas ou hematológicas, uma vez que estamos diante de uma obrigação de resultado (Diniz, 2017 p. 348).

Caso fosse obrigação de meio, estaríamos diante da aplicação do art. 14, § 4 do Código de Defesa do Consumidor, em que a responsabilidade dos profissionais liberais será configurada por meio da verificação de culpa. Poderá existir inversão do ônus da prova, com fundamento no art. 6º, VIII do CDC, nos casos em que for verossímil a alegação do paciente ou de seus sucessores no que se refere à culpa médica (Brasil, 1990)

Há, também, responsabilidade civil do Estado pela omissão do controle de salubridade do sangue, haja vista que o Poder Público não deve medir esforços para impedir a transmissão de doenças pela transfusão de sangue infectado (Diniz, p. 348).

Diante desse cenário, percebe-se que a transfusão sanguínea, embora seja um recurso terapêutico essencial à preservação da vida, demanda uma abordagem cautelosa e responsável.

2.3.2 A capacidade civil como parâmetro para o exercício do direito de recusa à tratamentos médicos

Sobre a controvérsia da recusa a tratamentos médicos, é possível dividir os indivíduos em dois grupos principais: (i) os civilmente capazes e (ii) os incapazes. Os primeiros correspondem, em regra, às pessoas maiores de 18 anos (Brasil, 2002) e não acometidas por nenhuma limitação legal, sendo plenamente reconhecidas pelo ordenamento jurídico como aptas a tomar decisões sobre a sua própria vida (Meirelles; Fernandes, 2019, p. 4).

O segundo grupo abrange aqueles que não possuem autonomia legal para deliberar livremente, como os menores de idade, cuja capacidade decisória é presumidamente limitada, exigindo uma análise mais cuidadosa e individualizada de sua aptidão para exercer a autonomia (Jacob, 2005, p. 156, Meirelles; Fernandes, 2019, p. 4). Este outro grupo será estudado no tópico seguinte.

O consentimento para procedimentos clínicos ou cirúrgicos, nas relações da área da saúde, costuma se basear exclusivamente na verificação da capacidade civil do paciente, sendo assim, o critério de idade resta como principal parâmetro utilizado pelos profissionais para validar o consentimento por meio da assinatura de termos formais. Todavia, a mera constatação da capacidade legal não é suficiente para avaliar, de forma efetiva, se o indivíduo possui autonomia real para tomar decisões sobre o seu tratamento (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 7).

Nota-se que a obtenção do consentimento envolve contextos de vulnerabilidade, uma das fragilidades que acometem o indivíduo no exercício de sua autonomia e, no âmbito do direito de recusa, é essencial reconhecer os desafios relacionados à autonomia de pessoas em situação de vulnerabilidade (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 7-8).

O simples envolvimento em contextos que oferecem riscos à saúde, como relações médico-paciente ou participação em pesquisas clínicas, já caracteriza uma condição vulnerável.

Em determinados casos, indivíduos ou alguns grupos encontram-se expostos a essas situações como única forma de acesso à saúde, o que torna evidente diferentes níveis de fragilidade e a necessidade de proteção reforçada para garantir decisões verdadeiramente livres (Wendler, 2017, p. 520).

É evidente que a verificação da capacidade do paciente, por si só, não é suficiente para validar uma decisão ou formalizar o termo de consentimento, uma vez que a simples observância do procedimento formal não garante sua legitimidade, caso não sejam consideradas as condições individuais do paciente, especialmente suas vulnerabilidades. O reconhecimento das fragilidades do paciente confere um novo significado à autonomia na relação médico-paciente e fortalece a legitimidade da recusa ao tratamento (Meirelles; Lins-Kusterer, 2020, p. 9).

Todavia, sob uma perspectiva mais conservadora, Maria Helena Diniz defende que, em situações emergenciais que demandem uma intervenção imediata, como a transfusão de sangue, o médico estaria autorizado a realizar esse procedimento mesmo diante da recusa expressa do paciente, de modo que a urgência do caso justifica a superação da vontade do indivíduo, independentemente de sua capacidade civil ou do posicionamento contrário ao tratamento. Caso assim não fizesse, o médico responderia por omissão de socorro. Ela entende que, se o médico se submetesse à vontade do paciente ou de seus familiares, seria apenas um locador de serviços. (Diniz, 2017, p. 378).

Essa é a realidade jurídica consolidada: em situações emergenciais, o médico tem o dever legal e ético de intervir, realizando a transfusão quando necessária para preservar a vida. Isso porque, nesses casos, resta impossibilitado a coleta de consentimento.

De antemão, será visto no capítulo três e quatro que essa ótica foi mudada, na medida em que um paciente pode chegar desacordado no hospital, com iminente risco de vida, mas portar uma diretiva antecipada da vontade, e o comportamento do médico deve ser outro.

Em conformidade com os preceitos constitucionais, o paciente adulto pode recusar tratamentos médicos, inclusive transfusões de sangue, com base na dignidade da pessoa humana e na liberdade de crença. A existência de risco iminente de vida não elimina esse direito, pois não se trata de suicídio, e sim do exercício legítimo de escolha terapêutica (Azevedo, 2019, p. 48).

Determinar a realização de transfusão de sangue de forma compulsória, seja por ordem médica ou judicial, sob o argumento de proteção à saúde ou à vida, afronta os princípios de um Estado Democrático de Direito, haja vista que essa imposição desrespeita um direito

existencial (a liberdade religiosa) e compromete gravemente a dignidade da pessoa humana (Meirelles; Fernandes, 2019, p. 18).

Ademais, salienta-se que médicos e juízes que impõem decisões contrárias à vontade do paciente demonstram não compreender sistemas de valores nos quais a preservação da vida não é considerada um bem absoluto. Uma vez que agem dessa forma, revelam também, na mesma proporção, inadequação ou insuficiente preparação para o exercício da Medicina e do Direito (Vilella, 2003, p. 63).

2.3.3 A recusa por crianças e adolescentes

A possibilidade de recusa às crianças e adolescentes é uma questão mais delicada, de modo que, apesar de fazerem jus aos direitos da personalidade, não dispõem, em regra, de autonomia plena para decidir sobre intervenções que envolvam o próprio corpo (Meirelles; Fernandes, 2019, p. 4).

Entende-se que o menor não deve ser forçado a se submeter a tratamentos médicos contra sua vontade, tampouco impedido de realizá-los por imposição do poder familiar, especialmente quando essa restrição se baseia em preceitos religiosos (Meirelles; Fernandes, 2019, p. 15).

Sobre esse impasse, destaca-se a teoria do menor maduro, que possui suas origens nos países de tradição jurídica da Common Law e ganhou notoriedade a partir do emblemático caso “*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*”, julgado em 1985 no Reino Unido (Sillman; Sá, 2015, p. 17).

Essa teoria diz que, em determinadas circunstâncias, um adolescente ou “menor maduro” de dezesseis anos possuiria plena capacidade para concordar ou não com terapias médicas às quais seria submetido, sendo sua decisão sobre isso completamente válida (Meirelles; Fernandes, 2019, p. 4, Moraes, 2011, p. 176).

Em determinados países, essa teoria já está consolidada, e representa uma exceção à presunção geral de incapacidade dos menores para exercer diretamente seus direitos, sobretudo os ligados à personalidade (Azevedo, 2019, p. 44).

O caso Gillick de 1985 é considerado um marco importante no reconhecimento do direito de menores a receberem informações médicas, mesmo sem a autorização de seus pais ou responsáveis, tanto que originou o termo “Competência de Gillick (*Gillick Competence*)”,

que reconhece a capacidade de crianças e adolescentes de tomar decisões sobre tratamentos médicos sem a necessidade do consentimento parental (Sillmann; Sá, 2015, p. 4).

Em 1974, o Departamento de Saúde e Segurança Social do Reino Unido publicou a circular “HSC(IS)32”, voltada aos profissionais da saúde, sobre planejamento familiar, e revisada em 1980. O documento foi dividido em vários âmbitos, uma das quais era a seção G, chamada “*The Young*”, em português: “O Jovem” (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

Essa seção destacava que consultas clínicas deveriam estar disponíveis para pessoas de qualquer idade e recomendava que os adolescentes fossem atendidos de forma menos formal, por equipes com experiência, bem como orientava o médico a incentivar o jovem a envolver seu responsável legal (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

O médico teria, como uma de suas funções, que aconselhar sobre contracepção, mesmo sem a concordância dos pais, sendo essas consultas confidenciais (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

A senhora Gillick, mãe de cinco filhas, não aceitou essa orientação, de modo que pediu às autoridades locais para proibir o fornecimento de informações sobre contraceptivos às suas filhas até que completassem 16 anos, ou apenas com sua autorização. Como o pedido foi negado, ela acionou judicialmente a West Norfolk e Wisbech Area Health Authority, alegando que isso violava a autoridade parental (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

O juiz de primeira instância entendeu que o fato de fornecer informações sobre contracepção não significava incentivar relações sexuais entre menores de 16 anos. Além disso, destacou que a autoridade dos pais não é um “direito”, mas um dever ou responsabilidade (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

Inconformada, a mãe recorreu ao Tribunal de Recursos, que considerou a circular ilegal, sob o argumento de que menores de 16 anos não poderiam receber aconselhamento sexual sem o aval dos pais. O Departamento de Saúde, então, recorreu à *House of Lords* (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

Na análise, *Lord Templeman* ressaltou que a autoridade parental não é absoluta e, à medida que a criança cresce, sua necessidade de proteção diminui, abrindo espaço para que ela própria tome decisões, conforme sua maturidade. *Lord Brandon* reforçou que cabe ao médico avaliar se o menor tem compreensão suficiente para receber aconselhamento sexual. A

corte também pontuou que a autoridade parental existe em benefício da criança, e não como um direito dos pais sobre ela (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

Ao final, a *House of Lords* decidiu pela validade da circular. A partir daí, menores de 16 anos passaram a poder consentir em tratamentos médicos sem autorização dos pais, desde que considerados aptos pelo profissional de saúde (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

Lord Brandon destacou que, quando se trata de crianças muito pequenas, não há como presumir a existência de compreensão ou discernimento suficiente para consentir em procedimentos médicos, sendo a ausência dessa capacidade uma consequência natural da idade. Contudo, no caso de crianças mais velhas, essa avaliação não pode ser automática, devendo constituir uma questão fática: cabe ao julgador verificar se a criança em análise possui entendimento e inteligência adequados para expressar um consentimento válido (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

Essa interpretação reforça a noção de que a capacidade decisória não decorre apenas da idade cronológica, mas sim do grau de maturidade e compreensão efetiva do menor. O precedente consolidou a ideia de que a autonomia de crianças e adolescentes pode ser reconhecida de forma progressiva, conforme seu desenvolvimento, estabelecendo um marco importante para o reconhecimento jurídico da chamada Competência de Gillick (*Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

Para verificar se a criança ou adolescente possui a compreensão adequada para tomar decisões, foram desenvolvidos os chamados “testes Gillick”, quais sejam: (i) teste de *Lord Scarman* e (ii) *Fraser Guidelines*, elaborados por dois juízes que julgaram o caso (Sillman; Sá, 2015, p. 5).

Lord Scarman afirmou, em sua decisão, que o poder dos pais de determinarem se o menor de dezesseis anos será obrigado ou não a se submeter a um tratamento médico termina se e quando a criança atinge inteligência e discernimento plenos e suficientes que a tornem capaz de entender o que lhe é proposto. Assim, inteligência e discernimento seriam requisitos essenciais a serem avaliados e analisados pelo médico em cada caso (Sillman; Sá, 2015, p. 5).

A segunda proposta envolve a análise de cinco critérios, nos quais o profissional deve assegurar que o jovem compreenda o tratamento; não deve forçá-lo a informar ou obter autorização dos pais; deve presumir que ele provavelmente manterá relações sexuais sem proteção; avaliar se a ausência do tratamento pode causar prejuízo à sua saúde; e considerar se

o aconselhamento ou tratamento é, de fato, melhor para o jovem, ainda que sem o consentimento de seus pais (Abreu, 2012, p. 16).

Trazendo à baila para o direito brasileiro, a CF/88, em seu art. 229, determina que os pais têm o dever de assistir, educar e criar os filhos menores, porquanto os filhos, quando maiores, devem auxiliar e amparar os pais em situações de velhice, necessidade ou enfermidade (Brasil, 1988).

Já o Código Civil, no artigo 1.634, atribui a ambos os pais, independentemente de sua condição conjugal, o exercício do poder familiar, que abrange, entre outros aspectos: orientar a criação e educação dos filhos; exercer a guarda (unilateral ou compartilhada); representá-los judicial e extrajudicialmente até os 16 anos e assisti-los após essa idade nos atos que exigem consentimento; exigir respeito, obediência e colaboração compatíveis com a idade, entre outros (Brasil, 2002).

No mesmo sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 22, reforça o dever dos pais quanto ao sustento, guarda e educação dos filhos menores, impondo-lhes ainda a obrigação de cumprir e fazer cumprir as decisões judiciais, sempre no interesse da criança e do adolescente (Brasil, 1990)

No julgamento Gillick, a Corte considerou que a mãe extrapolou os limites de sua função parental, uma vez que a mãe desconsiderou o desenvolvimento individual de cada uma das filhas, bem como o direito delas à liberdade sexual. O precedente evidencia que a autoridade dos pais não constitui um direito absoluto, devendo o poder familiar ser pautado no princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, funcionando como suporte ao discernimento dos jovens, e não como obstáculo à sua autonomia (Sillmann; Sá, 2015, p. 11).

O princípio do melhor interesse da criança é efetivamente atendido quando há harmonização entre os interesses dos pais e dos filhos. No momento em que é adotada uma postura de decisão unilateral, que ignore a vontade da criança ou do adolescente, o conteúdo normativo desse princípio é esvaziado (Ferreira, Vieira, 2013, p. 248).

O reconhecimento da criança como sujeito de direitos, bem assim – o direito dos pais de educar seus filhos, parecem ser institutos inicialmente opostos, o que demanda uma nova forma de exercer a parentalidade. Esse novo modo de exercê-la significa priorizar a função educativa e garantir, de forma progressiva, maior autonomia e participação no seu desenvolvimento (Martins, 2009, p.94).

Em pensamento oposto, Maria Helena Diniz sustenta que as convicções religiosas dos responsáveis não podem se sobrepor ao direito à vida do menor. Caso contrário, os pais

estariam sujeitos à responsabilização por abandono, tanto moral quanto material, o que pode justificar, inclusive, a perda do poder familiar. A objeção de consciência seria inválida quando coloca em risco a vida de outra pessoa, não podendo, nesse caso, a decisão dos pais prevalecer sobre o direito à vida inerente ao menor (Diniz, 2017, p. 379-380).

A idade não determina automaticamente a capacidade para exercer direitos relacionados a situações pessoais. O exercício desses direitos pode ser limitado ou até excluído, mas não com base em critérios fixos ou generalizações sobre as fases da vida, de modo que é preciso analisar, caso a caso, a relação entre o tipo de interesse envolvido e a capacidade intelectual e de decisão da pessoa, devendo verificar se o menor tem condições de fazer escolhas e agir conforme situações que as envolvem (Perlingieri, 2002, p. 167).

Como já mencionado anteriormente, compreender um tratamento médico envolve não apenas entendê-lo, mas também avaliar os riscos e consequências decorrentes da sua realização ou não. O menor deve apresentar maturidade suficiente para compreender a relevância e as consequências de sua decisão. O grande ponto é: como determinar a maturidade? Momento que revela a importância de critérios objetivos que orientem o profissional na análise da capacidade do paciente (Abreu, 2012, p. 17).

Álvaro Villaça Azevedo entende que, se em determinada situação os pais de uma criança decidirem não adotar tratamentos com o uso de sangue, essa decisão não expõe a criança ou o adolescente a risco, pois existem alternativas médicas cientificamente validadas que evitam os efeitos adversos das transfusões. Assim, intervir no poder familiar e impor, sem o consentimento dos pais, uma terapia transfusional, além de desconsiderar tais alternativas, implica assumir integralmente as consequências dos resultados decorrentes (Azevedo, 2019, p. 43-44).

Em que pese a teoria do menor maduro represente um importante avanço no reconhecimento da autonomia infantojuvenil em outros ordenamentos jurídicos, ela não possui aplicação normativa no Brasil, permanecendo como referência teórica de valor doutrinário, mas sem eficácia prática no ordenamento jurídico pátrio.

No Brasil, não se admite que os pais se oponham a tratamentos médicos necessários à manutenção da vida dos filhos menores, ainda que fundamentados em convicções religiosas.

3 O JULGAMENTO PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

O julgamento do Tema nº 1069 representa um marco importante na consolidação do entendimento sobre a recusa a tratamentos médicos por motivos religiosos, especialmente no caso das Testemunhas de Jeová. A análise parte do caso concreto que deu origem ao Recurso Extraordinário nº 1.212.272, cuja relevância constitucional levou ao reconhecimento da sua repercussão geral.

A controvérsia envolveu a definição dos limites entre a proteção da vida, a liberdade religiosa e a autonomia individual, valores que, em situações de conflito, exigem ponderação.

Diante desse contexto, o voto do relator, Ministro Gilmar Mendes, ganha destaque, bem como os demais votos e manifestações dos ministros da Corte, que contribuíram para a construção de uma tese de grande impacto jurídico e ético sobre a relação entre o Estado, o médico e o paciente.

3.1 O CONTEXTO FÁTICO E JURÍDICO DO RE Nº 1.212.272

O Tema nº 1069 possui, como *leading case*, o Recurso Extraordinário nº 1.212.272, interposto por Malvina Lúcia Vicente Da Silva, uma paciente testemunha de Jeová diagnosticada com doença cardíaca grave, que precisava se submeter a uma cirurgia de substituição da válvula aórtica.

Contudo, a Autora recusou submeter-se a procedimentos médicos que envolviam transfusão de sangue de terceiros.

Por isso, é necessário entender o contexto fático e jurídico que levou a controvérsia até o Supremo Tribunal Federal.

3.1.1 O caso paradigma

A Autora, Malvina Lúcia Vicente da Silva, foi diagnosticada com uma doença cardíaca grave e, por recomendação médica, necessitava realizar um procedimento cirúrgico de substituição da válvula aórtica (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 6).

Diante disso, o seu desejo era realizar a cirurgia sem a necessidade de consentir eventual transfusão de sangue, haja vista que, por professar a fé das Testemunhas de Jeová, ela não aceita terapias e técnicas que envolvam transfusão de sangue alogênico (sangue de

terceiros), já que tal prática contraria os princípios da sua religião. Sendo assim, ela assumiria os possíveis riscos de um tratamento médico em detrimento do outro.

Entretanto, a recusa da paciente não foi aceita pelo hospital, tornando necessária a intervenção do Poder Judiciário.

O Recurso Extraordinário nº 1.212.272 foi interposto pela parte Autora, em face do acórdão proferido pela Turma Recursal da Seção Judiciária de Alagoas, que havia negado provimento ao recuso por ela interposto, permanecendo a decisão que proibiu a paciente de realizar o procedimento cirúrgico sem a assinatura prévia de termo de consentimento autorizando eventual transfusão de sangue (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 6).

Embora muitos profissionais de saúde tratem o uso de sangue como decisão clínica e outros o enquadrem em debates morais ou jurídicos, as Testemunhas de Jeová sustentam que sua posição é religiosa, fundada no que a Bíblia ensina (Testemunhas de Jeová, 2025a, p. 4-5).

Assim, para eles, não receber sangue constitui mandamento divino dirigido a toda a humanidade, pois o sangue é entendido como representação da vida.

O fundamento bíblico dessa leitura é com base em versículos como Gênesis 9:3-4; Levítico 17:10-14; Atos 15:19-21 e 28-29, e aparece primeiro no momento pós-dilúvio, quando se autoriza o consumo de carne, mas se impõe a vedação ao sangue.

A posição dessa comunidade religiosa não é recente, pois desde os primeiros séculos, autores como Tertuliano e Minúcio Félix relataram que os cristãos evitavam sangue (inclusive de animais estrangulados) e eram provocados a transgredir essa norma. Essa convicção é um costume imemorial altamente conhecido, não devendo ser desconsiderado por nenhum jurista (Gimenes, 2005, p. 46-47).

Na situação fática, a equipe médica concordou em realizar o procedimento sem a utilização de transfusão de sangue de terceiros, desde que houvesse uma declaração escrita. Contudo, a diretoria do hospital onde seria realizada a cirurgia, qual seja, a Santa Casa de Misericórdia de Maceió, em Alagoas, condicionou a realização do procedimento à assinatura de um documento autorizando, previamente, o uso de hemoderivados em caso de necessidade (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 6).

Segundo o Serviços de Informações sobre Hospitais para as Testemunhas de Jeová Escritório Internacional, as Testemunhas de Jeová estabelecem uma distinção clara entre o uso de sangue alogênico (proveniente de terceiro) e autólogo (da própria pessoa), bem como a diferença entre o uso de componentes principais e de frações ou derivado (2024, p. 2).

No caso do sangue alogênico, as pessoas que professam essa religião não aceitam a transfusão de sangue total nem de seus quatro componentes fundamentais: glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas e plasma. No entanto, quando se trata de frações ou derivados extraídos desses elementos, a decisão é pessoal, ficando a critério da consciência individual de cada indivíduo.

Entre essas frações estão substâncias como a hemina e a hemoglobina (derivadas dos glóbulos vermelhos), albumina, fatores de coagulação, fibrinogênio e imunoglobulinas (oriundos do plasma), bem como derivados de glóbulos brancos e plaquetas. Nesses casos, cada paciente deve avaliar e decidir previamente o que aceita, de modo que a equipe médica tenha clareza sobre os limites éticos estabelecidos.

Com relação ao sangue autólogo, as Testemunhas de Jeová não aceitam a coleta e o armazenamento pré-operatório de sangue para infusão posterior, entendendo que a retirada e guarda fora do corpo descaracteriza a continuidade da vida.

Todavia, certos procedimentos são deixados à decisão individual, como a hemodiluição normovolêmica aguda, a diálise, a circulação extracorpórea e a recuperação intraoperatória de sangue.

Dessa forma, a posição geral pode ser sintetizada da seguinte maneira: é vedado o uso de sangue alogênico total e de seus quatro componentes, bem como o armazenamento prévio de sangue autólogo; por outro lado, a utilização de frações e de técnicas em circuito contínuo é considerada questão de consciência pessoal (Testemunhas de Jeová, 2025a)

Voltando ao caso concreto, diante da recusa da paciente em fornecer a autorização sobre o uso terapêutico, a administração hospitalar optou por cancelar a cirurgia.

Assim, Malvina ajuizou uma ação de obrigação de fazer em face da União, do Estado de Alagoas e do Município de Maceió - Alagoas, objetivando, em síntese, a realização do procedimento cirúrgico sem a imposição da assinatura do termo de consentimento exigida pelo hospital e, consequentemente, sem a utilização de transfusão sanguínea (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 6)

O Juízo de primeiro grau negou o pedido, decisão mantida pela Turma Recursal da Seção Judiciária de Alagoas, em sede de recurso inominado. Inconformada, Malvina interpôs o Recurso Extraordinário em questão, alegando violação dos artigos 1º, III; 5º, *caput*, incisos II, VI e VIII; e 196 da Carta Magna, dispositivos estes que refletem a proteção à dignidade da pessoa humana, à autodeterminação, à liberdade religiosa e ao dever do Estado de assegurar o

direito à saúde a toda a sociedade de forma isonômica (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 6-7).

Em sede de Plenário Virtual, o Egrégio Tribunal reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional suscitada, um dos requisitos gerais de admissibilidade do recurso extraordinário (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 7-8, Didier Jr., 2024, p. 496).

O pronunciamento do Plenário do STF sobre a repercussão geral de uma certa questão vincula os demais órgãos do tribunal e dispensando a remessa do tema a um novo exame do Plenário, em recurso extraordinário que verse sobre a questão cuja amplitude da repercussão já tenha sido examinada (Medina, *et al*, 2005, p. 105; Didier Jr., 2024, p. 507).

A Procuradoria-Geral da República se posicionou em prol do provimento do recurso, sob o argumento de que (i) a dignidade da pessoa humana é intrínseca à capacidade de tomar decisões sem ser impedido por terceiros ou pelo Estado, relacionado ao direito da inviolabilidade de consciência e de crença; (ii) o direito de escolha do tratamento médico pelo paciente, em razão de sua crença religiosa, tem que ser respeitado, em caso de existir procedimento alternativo eficaz; (iii) a realização de procedimento médico sem a utilização de transfusão sanguínea tem que ser atestada como viável pela equipe médica responsável em conjunto com o consentimento esclarecido do paciente; (iv) a decisão de recusar esse tipo de tratamento por convicção religiosa é restrita ao âmbito individual e sem o envolvimento de crianças, adolescente ou incapazes (2024, p. 8).

O Relator, Ministro Gilmar Mendes, admitiu a Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová, o Instituto Brasileiro de Direito Civil, a Associação Nacional de Juristas Evangélicos e a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, na condição de *amicus curiae* (2024, p. 9).

Diante do relatado, a problemática do caso consiste no impasse entre a paciente e o hospital quanto à realização de uma cirurgia cardíaca sem o uso de transfusão de sangue. De um lado, (i) encontra-se a paciente que deseja se submeter ao procedimento, mas recusa-se a assinar o termo de consentimento que a autoriza a transfusão sanguínea com sangue de terceiros, do outro, (ii) está o hospital, que condiciona a realização da cirurgia à assinatura desse termo, com a autorização da realização de transfusão de sangue.

A pretensão do Recurso Extraordinário nº 1.212.272 consistia em assegurar à Recorrente o direito de acesso ao tratamento de saúde indicado, com a possibilidade de manifestar sua recusa quanto à utilização de transfusões de sangue, ainda que tal escolha implicasse riscos à sua própria vida (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 22).

Ou seja, a parte Autora desejava realizar a cirurgia de substituição da válvula aórtica sem a utilização de transfusão de sangue alogênico, de modo que só assinaria o termo de consentimento caso não constasse autorização para esse tipo de procedimento.

Frisa-se que as Testemunhas de Jeová não desejam a morte, tampouco renunciam ao direito fundamental à vida, a questão que ocorre é: a assunção de riscos calculados decorrentes do exercício da liberdade religiosa, até porque todo tratamento médico envolve algum grau de risco, e a decisão sobre aceitá-lo ou não faz parte da autonomia individual do paciente, posteriormente positivada e constitucionalmente reconhecida como autonomia privada (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 17).

Como bem questionado pela advogada Maria Claudia Bucchianeri Pinheiro, por que a escolha pelo risco é amplamente aceita em contextos médicos diversos, mas encontra resistência quando fundamentada na fé religiosa? Essa indagação demonstra a necessidade de tratar a liberdade de crença com o mesmo respeito conferido às demais manifestações da autonomia da vontade (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 18).

Felizmente, a parte Autora informou que conseguiu realizar o procedimento cirúrgico em outra unidade hospitalar sem precisar assinar termo de consentimento concordando com eventual transfusão de sangue (2024, p. 9).

Isso torna o recurso prejudicado, mas não impede a análise da repercussão geral, conforme veremos nos capítulos seguintes.

3.1.2 A controvérsia constitucional em debate

Os Recursos Extraordinários nº 979.742 (Tema nº 952) e nº 1.212.272 (Tema nº 1.069) foram julgados em conjunto pelo Supremo Tribunal Federal, haja vista a conexão temática entre ambos, vez que tratam sobre pacientes Testemunhas de Jeová e a recusa ao uso de transfusão de sangue por motivo de fé religiosa, mas com situações jurídicas distintas.

O Tema nº 952 discute o conflito entre a liberdade religiosa e o dever do Estado de assegurar prestações de saúde universais e igualitárias. No contexto desse recurso, o paciente requereu que o Estado custeasse um Tratamento Médico Fora do Domicílio, cuja sigla é TFD (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 56).

O objetivo é definir se a convicção religiosa pode justificar a obrigação do Estado de custear tratamento médico não disponibilizado pelo sistema público de saúde (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 59).

O Tema nº 1.069, por sua vez, tem como foco o direito de autodeterminação das Testemunhas de Jeová, isto é, a possibilidade de o paciente recusar transfusão de sangue, assumindo os riscos dessa decisão com justificativa na sua crença.

Ambos os casos abordam a mesma base constitucional, qual seja: liberdade religiosa, dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, embora sob ângulos distintos, pois um é voltado ao custeio estatal e o outro à autonomia individual do paciente.

Em que pese ambos os recursos foram julgados no mesmo dia, na mesma sessão e no mesmo acórdão, a presente monografia delimita sua análise ao Tema nº 1069 da Repercussão Geral, que trata do direito de pacientes Testemunhas de Jeová de recusarem transfusões de sangue por motivo de convicção religiosa, assumindo os riscos decorrentes dessa decisão.

Para o Supremo Tribunal Federal, na ementa da decisão do Recurso Extraordinário nº 859.376/PR, a recusa à transfusão de sangue por motivos religiosos encontra amparo nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da liberdade de crença. Por um lado, a dignidade exige que se respeite a autonomia do indivíduo em suas escolhas relativas ao próprio corpo e à saúde, por outro, a liberdade religiosa impõe ao Estado o dever de assegurar condições jurídicas e materiais que permitam ao fiel praticar seus ritos e convicções sem sofrer imposições ou discriminações (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 32).

No voto vogal do Ministro Flávio Dino, concluímos que os direitos fundamentais e constitucionais em análise são: (i) a dignidade da pessoa humana; (ii) a inviolabilidade do direito à vida e (iii) à liberdade; (iv) a proteção à liberdade religiosa, bem como a garantia de prestação de assistência religiosa e o seu livre exercício, e a vedação de privação de direitos de outrem por motivo de crença.

O caso das Testemunhas de Jeová e a recusa à transfusão sanguínea é uma questão jurídico-existencial complexa, pois envolve simultaneamente os direitos fundamentais à vida, à liberdade em sentido amplo, à liberdade religiosa e a autonomia do paciente, além de se relacionar com o direito da personalidade previsto no art. 15 do Código Civil. Diante do conflito entre princípios, a dignidade da pessoa humana é o critério que deve orientar essa decisão, pois a vida deve ser compreendida em sua dimensão qualitativa, e não apenas biológica, devendo ser preservada a autonomia do indivíduo, especialmente quando fundada em convicções religiosas, assegurando-lhe o direito de recusar procedimentos hematológicos (Farias; Rosenvald, 2013, p. 227).

A Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, inciso VI, assegura a todos os cidadãos o direito fundamental à liberdade religiosa, garantindo não apenas a escolha de

determinada crença, mas também a possibilidade de vivenciar práticas e valores dela decorrentes em sua vida cotidiana (Brasil, 1988).

Essa proteção impõe ao Estado o dever de criar condições para que cada indivíduo exerça sua fé de forma plena e compatível com seus ideais existenciais. A comunidade religiosa das Testemunhas de Jeová, em razão da interpretação bíblica, rejeita a realização de transfusões sanguíneas. Para esses fiéis, a proteção da saúde e da dignidade está diretamente relacionada à fidelidade aos seus princípios religiosos, o que implica, em determinadas situações, a recusa consciente desse tipo de tratamento médico (Cicco, 2013, p. 8, Villela, 2003, p. 124).

O reconhecimento de direitos próprios de cada indivíduo reflete-se naturalmente na sua efetivação no convívio social, logo, a passagem do enfoque jurídico do Estado para a esfera individual exige atenção ao equilíbrio entre liberdade e autoridade. Nesse cenário, a intervenção estatal deve ser examinada com especial cautela, como nos casos em que médicos solicitam ordem judicial para realizar transfusão de sangue em adultos sem o consentimento, ou em filhos das Testemunhas de Jeová contra a vontade dos pais (Bastos, 2000, p. 7).

O fato de colocar a liberdade de consciência e a dignidade no centro da ordem jurídica significa efetivar a própria democracia, uma vez que a questão que está em jogo é o direito de cada pessoa decidir sobre si mesma, reafirmando continuamente que uma Constituição fundada em princípios deve garantir a todos essa prerrogativa essencial e fundamental (Dworkin, 2003, p. 342).

Em diversos julgados brasileiros, verifica-se a compreensão de que a proteção da vida deve se sobrepor às convicções religiosas, inclusive, é o mesmo ponto de vista do livro “A Balada de Adam Henry”. Tal posição apoia-se na ideia de que a vida constitui garantia constitucional de máxima relevância, sendo tratada como bem primário e inviolável (Fonseca, 2011, p. 488).

No entanto, compreender a vida apenas sob um viés biológico é esvaziar o sentido maior que a Constituição e a experiência humana lhe confere. Como já explorado anteriormente, a própria noção de dignidade da pessoa humana, o centro do Estado Democrático de Direito, indica que não basta conservar a existência física do indivíduo, mas sim assegurar-lhe condições para viver conforme seus valores e convicções.

Religião e dignidade se entrelaçam, pois ambas resguardam o núcleo essencial da existência humana, para àqueles que são adeptos. O respeito às convicções de fé deixa de ser apenas uma questão espiritual e passa a constituir exigência constitucional de proteção à vida digna.

É fato que o Estado brasileiro é laico. Todavia, a laicidade não deve ser confundida com hostilidade em relação à fé, uma vez que a separação entre Estado e religião não transforma o poder público em adversário das comunidades religiosas, apenas exige neutralidade, tanto que a própria Constituição admite a possibilidade de cooperação entre Estado e instituições religiosas quando houver interesse público relevante, conforme dispõe o art. 19, inciso I, da Carta Magna (Mendes; Branco, 2020, p. 324)

A imposição de tratamentos médicos contra a vontade do paciente (tanto quando motivada por sua fé ou em razão de outro motivo), sob o argumento de que a vida vale mais constitui uma violação direta à sua autonomia privada e um desrespeito à liberdade de crença e consciência.

Nesse contexto, admitir que o Estado ou o Poder Judiciário possam determinar compulsoriamente a realização de transfusões em fiéis da religião mencionada, em nome de uma “proteção absoluta da vida”, significa negar a esses indivíduos a possibilidade de viver de forma autêntica, isto é, de acordo com suas crenças e, conseqüentemente, impede-os de viver dignamente.

Viver de forma indigna é viver bem?

Uma vida mantida pela força, mas dissociada das convicções mais íntimas da pessoa, corresponde a uma mera sobrevivência biológica, incompatível com o conceito de dignidade resguardado na CF/88.

No item 5 da ementa do RE 859.376/PR, a nossa Suprema Corte estabeleceu que o direito à liberdade religiosa prevista no art. 5, VI da CF/88, constitui pilar fundamental da dignidade da pessoa humana, abrangendo tanto a possibilidade de acreditar quanto a de conduzir sua vida conforme os princípios de sua fé (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 1).

Assim, o verdadeiro equilíbrio constitucional reside no reconhecimento de que a dignidade da pessoa humana deve prevalecer, pois é justamente ela que exige o respeito sobre a decisão consciente e informada do paciente em recusar determinados procedimentos médicos, ainda que tal escolha implique riscos à sua própria vida.

A democracia só se concretiza quando se assegura a cada cidadão o direito de decidir o rumo de sua existência, especialmente em temas tão sensíveis como o seu próprio corpo e a preservação da fé.

Enxergar a vida na sua dimensão meramente biológica, sustentada pelo argumento de preservá-la a qualquer custo, revela-se insuficiente diante do reconhecimento de que a autonomia constitui elemento essencial da existência humana, haja vista que o direito de decidir

sobre si mesmo representa faceta indispensável para a construção do projeto existencial de cada pessoa (Meirelles; Kusterer, 2020, p. 82).

Nesta senda, se a vida é concebida como garantia derivada da dignidade, a própria Carta Magna impõe que ela seja vivida com autonomia e liberdade, e assim presume-se que o direito constitucionalmente protegido à vida não pode ser reduzido à mera existência biológica (Azevedo, 2010, p. 13).

Dessa forma, o caso analisado revela que a verdadeira proteção constitucional à vida não se esgota na sua manutenção física, mas se realiza plenamente quando assegura à pessoa o poder de escolher o modo como deseja conduzir sua própria existência, concretizando a proteção à dignidade da pessoa humana.

Sob essa ótica, torna-se imprescindível compreender os aspectos médicos que estão envolvidos na recusa de transfusões de sangue por parte das Testemunhas de Jeová, pois além de terem a sua crença religiosa como aliadas, também demonstram dados científicos em desfavor da transfusão sanguínea.

3.1.3 Aspectos médicos relacionados à recusa das Testemunhas de Jeová

Como já analisado no capítulo 2, a transfusão sanguínea é um procedimento médico de que envolve riscos, como todo tratamento de saúde. Isso porque, ainda que o sangue seja submetido a rigorosos exames laboratoriais, não é isento de contaminação, em virtude da chamada “janela imunológica”.

Dessa forma, embora a transfusão seja reconhecida como um importante instrumento de preservação da vida, sua utilização requer cautela e concordância do paciente, que deve estar plenamente informado acerca dos riscos e das eventuais consequências decorrentes do procedimento.

A comunidade religiosa das Testemunhas de Jeová possui um extenso arcabouço informativo com fontes científicas acerca da eficácia e segurança de alternativas médicas à transfusão de sangue. Ao longo das últimas décadas, essa comunidade tem reunido e divulgado ampla base de dados, estudos clínicos e experiências hospitalares (mais especificamente no âmbito internacional) que demonstram a viabilidade de procedimentos médicos sem uso de sangue.

Todas essas informações estão reunidas na plataforma oficial da comunidade, o site oficial das Testemunhas de Jeová, qual seja, o *jw.org*, que disponibiliza artigos, pareceres e

orientações técnicas sobre o assunto, o que reflete o esforço do grupo de promover o diálogo entre fé e ciência, demonstrando que a recusa à transfusão não implica rejeição da medicina, mas sim opção consciente por métodos terapêuticos compatíveis com suas convicções religiosas e com o avanço da ciência.

Em um dos artigos disponíveis no site supracitado, chamado “Alternativas de qualidade para transfusão”, registra-se que muitos pacientes ainda recebem transfusões de sangue sem que haja real necessidade clínica, expondo-os a riscos significativos de reações adversas e eventuais complicações (Testemunhas de Jeová, 2025b).

Nesse mesmo trabalho, sustentam que existem meios legítimos e eficazes para cuidar de graves problemas de saúde sem a utilização de transfusão sanguínea.

Durante procedimentos cirúrgicos, técnicas modernas de conservação sanguínea tem se mostrado altamente eficazes, como o uso do bisturi elétrico para reduzir a hemorragia, a aspiração e a filtração do sangue do próprio paciente para reinfusão. Tais métodos têm permitido a realização de cirurgias complexas sem transfusão com taxas de sucesso comparáveis a procedimentos convencionais (Testemunhas de Jeová, 2025b).

Diversas publicações científicas relatam experiências bem-sucedidas de cirurgias de grande porte realizadas em Testemunhas de Jeová sem a utilização de transfusões. O periódico *Orthopaedic Review*, de 1986, registrou o caso de uma “Substituição quádrupla de articulação em membro Testemunha de Jeová”, realizada com êxito em paciente anêmico, em que foi utilizada unicamente a terapia hematológica da administração pré e pós-operatória de ferrodextrano (Marioenzi, AL; Pierik, MG).

Além disso, o *Medical Hotline*, em 1983, relatou cirurgias ginecológicas e obstétricas bem-sucedidas sem o uso de sangue, sem aumento das taxas de complicação ou de mortalidade (Testemunhas de Jeová, 2025b).

O renomado cirurgião cardíaco Denton A. Cooley, um dos pioneiros a realizar cirurgias cardiovasculares sem sangue em adultos e em crianças, diz que realizou mais de mil cirurgias cardiovasculares em Testemunhas de Jeová, com taxas de sucesso equivalentes às de pacientes submetidos a transfusões, mantendo o acordo que fez com o paciente (Testemunhas de Jeová, 2025b).

No caso do Recurso Extraordinário nº 1.212.272, os *amicus curiae* sustentaram a necessidade que o Brasil tem de aderir ao protocolo de *Patient Blood Management* (PBM), em cumprimento à diretiva da Organização Mundial da Saúde. Esse protocolo consiste em um conjunto de práticas voltadas à gestão racional e seguro do sangue do próprio paciente, sendo

apresentado como alternativa eficaz às transfusões sanguíneas, o que traz benefícios não apenas às Testemunhas de Jeová, mas para toda a sociedade, ao reduzir riscos, custos e complicações associadas ao uso de sangue alogênico (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 113).

A Organização Mundial da Saúde disponibilizou um artigo intitulado “*Blood safety and availability*”, que significa “Segurança e disponibilidade do sangue”, em que trata sobre o emprego criterioso do sangue e de seus componentes. O objetivo é evitar transfusões desnecessárias e reduzir os riscos associados a esse procedimento, bem como incentiva o uso de alternativas terapêuticas, incluindo o manejo racional do sangue do próprio paciente (2025).

Observa-se que a implementação do *Patient Blood Management* (PBM), conforme orientações da OMS, contribuiria significativamente para a otimização de recursos e para a redução dos riscos aos pacientes. Sob a perspectiva médica, o uso de transfusões de sangue deve ser restrito a situações estritamente necessárias, devendo, de preferência, adotar medidas alternativas sempre que possível (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 114).

Ainda assim, reconhece-se que, diante das limitações atuais da ciência médica, não existe, até o momento, protocolo ou medicamento capaz de substituir integralmente a transfusão sanguínea em todos os casos clínicos (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 114).

O Ministro Alexandre de Moraes dedicou uma parte específica de seu voto à análise das terapias alternativas, sendo o único integrante da Corte a aprofundar de forma tão detalhada sobre o tema.

Ele frisa que o *Patient Blood Management* (PBM) não tem como objetivo eliminar o uso de sangue e de seus componentes nos tratamentos de saúde, mas sim aperfeiçoar a avaliação da real necessidade de transfusão, promovendo uma melhor comunicação entre o médico e o paciente (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 204).

Nota-se que o PBM não é um protocolo assistencial único, e sim um conjunto de estratégias e práticas clínicas, cirúrgicas e laboratoriais voltadas à utilização segura, racional e adequada do sangue, e a aplicação dos recursos técnicos e medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde contribui de forma significativa para a implementação e o fortalecimento dessas medidas, garantindo maior eficiência e segurança aos procedimentos terapêuticos (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 204).

O ministro também cita a *Society for the Advancement of Blood Management* (SABM), organização educacional internacional fundada em 2001 por um grupo de voluntários, a qual defende que a gestão do sangue do paciente deve ser adotada como padrão de tratamento

médico, enquanto a transfusão de sangue deve ser considerada medida excepcional (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 207).

Ao longo do seu voto, o Ministro Alexandre de Moraes demonstra como o *Patient Blood Management* (PBM) se consolidou ao longo das últimas décadas, e hoje é um modelo global de referência em segurança e eficiência clínica, amplamente promovido pela Organização Mundial da Saúde e demais entidades médicas e de saúde.

Em 2017, na Austrália, o Programa de Gestão de Sangue de Pacientes da Austrália Ocidental publicou o maior estudo do mundo até então, que versava sobre os resultados de gestão de sangue de pacientes, incluindo mais de seiscentos mil pacientes internados nos hospitais do país entre julho de 2008 e junho de 2014. Os resultados práticos do programa são expressivos: redução significativa na mortalidade (28%), infecções (21%), eventos cardiovasculares (31%) e o tempo de internação (15%), além de brusca queda no número de transfusões sanguíneas, com a consequente economia de custos com produtos sanguíneos no valor de 18,4 milhões de dólares australianos (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 209).

O programa de gestão de sangue (PBM) não visa suprimir o uso de sangue, e sim promover o seu uso racional e responsável, sendo uma mudança de paradigma que reforça o papel da medicina baseada em evidências.

Ademais, cumpre destacar que o ministro elenca os tratamentos alternativos já disponíveis no Sistema Único de Saúde, quais sejam: transfusão autóloga, hemodiluição normovolêmica, medicamentos hematopoiéticos (como o eltrombopague), medicamentos para o controle de sangramento e derivados do sangue (como o ácido tranexâmico), métodos de diagnóstico laboratorial, bem como diversos métodos cirúrgicos e anestésicos que podem ser empregados para evitar a perda sanguínea (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 217).

Sob o ponto de vista médico e científico, é possível perceber que a recusa à transfusão sanguínea das Testemunhas de Jeová não se apoia em mera convicção bíblica, e sim somada a uma escolha fundamentada em evidências técnicas e alternativas terapêuticas reconhecidas pela própria comunidade médica e por órgãos internacionais.

Todas essas constatações também foram levadas em consideração no julgamento dos temas de repercussão geral.

É nesse contexto que se insere o voto do Relator Ministro Gilmar Mendes, cuja fundamentação buscou harmonizar a liberdade religiosa, a dignidade da pessoa humana e a proteção à vida, corroborando na formulação da tese fixada pela Corte.

3.2. O VOTO DO RELATOR MINISTRO GILMAR MENDES E A TESE FIXADA PELA CORTE

O Supremo Tribunal Federal já havia enfrentado o conflito entre a autonomia da vontade e a proteção à vida, na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3510 e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54.

Sabemos que o mérito do julgamento do Tema nº 1069 de repercussão geral versa sobre a possibilidade de o paciente submeter-se a tratamento médico disponível na rede pública sem a obrigatoriedade de assinatura de termo de autorização de transfusão de sangue, conforme a sua orientação religiosa (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 22).

Conforme já mencionado, a Recorrente informou aos autos que realizou o procedimento cirúrgico em outra unidade hospitalar, e, por conta disso, o Relator declarou a prejudicialidade do Recurso Extraordinário nº 1212272/AL. Contudo, ainda que o caso concreto tenha perdido o objeto, a jurisprudência da Egrégia Corte admitia o prosseguimento do feito para análise do tema de repercussão geral e a consequente fixação de tese (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 22).

A seguir, examinam-se os principais fundamentos do voto do Relator do Tema nº 1069 do STF, os quais nortearam a decisão final do Supremo Tribunal Federal.

3.2.1 O direito constitucional à liberdade religiosa

A liberdade religiosa é uma das primeiras liberdades a alcançar o patamar de direito fundamental nas declarações de direitos, sendo validada não só no âmbito internacional, mas também na nossa Constituição (Sarlet, 2022, p. 540; Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 23).

Mais recentemente, destaca-se a Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos, a qual, em seu artigo 8º, apresenta formulação mais concisa sobre a matéria (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 25). O texto dispõe que é assegurada a liberdade de consciência, bem como o livre exercício e manifestação da religião e, assim, ressalvadas as exigências da ordem pública, ninguém poderá sofrer coerção destinada a limitar a expressão dessas liberdades (1981).

Para o Ministro Gilmar Mendes, resta evidente que a liberdade religiosa é uma liberdade fundamental ao Estado Democrático Direito que assegura a dimensão espiritual como elementos essencial para o pleno desenvolvimento da personalidade e, assim, fornece a base tanto para a formação livre de valores (*forum internum*) quanto para a atuação orientada por

princípios morais (*forum externum*) (Hesse, 1995, p. 167; Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 25).

Por ser direito constitucional fundamental, possui esferas subjetivas e objetivas, de modo que, na esfera subjetiva, os direitos fundamentais conferem aos indivíduos a prerrogativa de afirmar seus interesses frente ao Estado ou a terceiros, não se limitando ao direito de adotar, conservar e manifestar uma crença, na medida em que também resguarda a possibilidade de agir em conformidade com ela, bem como de recusar a adesão a qualquer fé ou prática religiosa (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 26).

Em sua dimensão objetiva, pelo fato dos direitos fundamentais sustentarem todo o conjunto normativo do Estado Democrático de Direito, a preservação desse modelo democrático encontra respaldo na neutralidade do Estado diante de convicções religiosas e ideológicas (Sarlet, 2022, p. 546; Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 26).

Porém, como já explorado no capítulo anterior, a laicidade do Estado implica em neutralidade, e não em hostilidade com a fé.

A doutrina de Canotilho e Jônatas Machado foi trazida pelo Ministro para reforçar essa ideia, na medida em que afirmam que a neutralidade não deve ser confundida com indiferença religiosa dos entes políticos para com a população (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 29).

Portanto, o posicionamento é de que a laicidade do estado brasileiro reflete uma separação entre religião e o Estado, não havendo, inclusive, adoção de uma religião oficial, pois somos pertencentes à uma república que respeita todas as crenças e até a ausência dela (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 29).

No Brasil, a liberdade religiosa encontra amparo na Constituição Federal, em seu art. 5º, inciso VI, também já mencionado no tópico supracitado. Diante disso, frisa-se que a abrangência dessa garantia não depende da quantidade de fiéis ou da relevância social de determinada confissão.

Como observam Pieroth e Schlink, citados pelo Ministro Relator, o direito à liberdade de religião deve ser igualmente resguardado a todos, alcançando desde pequenas comunidades e grupos minoritários até grandes tradições religiosas (2019, p. 257; Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 26).

O caso estadunidense de Thomas e *Review Board of the Indiana Employment Security Division* foi citado como referência paradigmática na proteção da liberdade de crença, pois também envolveu um membro das Testemunhas de Jeová.

Thomas pediu demissão do trabalho pelo fato de que a produção de armas contrariava sua fé. Após ter o seguro-desemprego negado sob o argumento de ausência de justa causa, a Suprema Corte dos Estados Unidos reconheceu que convicções religiosas não precisam ser lógicas ou compreensíveis para terceiros a fim de merecer proteção constitucional, ressaltando que o Judiciário não deve avaliar a razoabilidade das crenças individuais (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 26-27).

O Ministro Relator observa que a liberdade religiosa tutela elementos de caráter profundamente subjetivo, vinculados à intimidade e às convicções espirituais do indivíduo. Esse direito fundamental percorre dimensões existenciais que, muitas vezes, não são passíveis de racionalização plena, mas que se manifestam como escolhas de fé, sentimentos e visões de mundo (2024, p. 30).

No teor do seu voto, relata alguns recursos extraordinários que versam sobre o tema da liberdade religiosa. Os precedentes mencionados evidenciam a dupla dimensão da liberdade religiosa: de um lado, impõe-se ao Estado a abstenção de interferir em rituais, liturgias ou expressões públicas de fé, de outro, cabe-lhe adotar medidas, quando necessário, para assegurar o pleno exercício desse direito fundamental (2024, p. 35).

Após fundamentar o seu posicionamento quanto à proteção desse direito essencial ao cidadão, disserta sobre a manifestação da vontade pelo paciente a possibilidade de recusa à transfusão de sangue.

3.2.2 O reconhecimento da autonomia do paciente e a consequente possibilidade de recusa à transfusão sanguínea

Como veremos no capítulo 4, a relação entre o médico e o paciente era pautada na ausência de escuta sobre a vontade do enfermo, logo, não havia o cuidado com o consentimento.

O Ministro destaca que somente com o término da Segunda Guerra Mundial essa relação passou a ter, como elemento fundamental, o consentimento informado, logo, só assim a autonomia individual do paciente passou a ter força nesse liame (Faden; Beauchamp, 1986, p. 87; Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 36).

No Brasil, a reconstrução dessa relação tem início com a Constituição de 1988, pois foi o momento em que se firmou a dignidade da pessoa humana como princípio orientador do Estado Democrático de Direito, bem como os direitos da personalidade, dos quais se desdobra

a garantia ao livre desenvolvimento da personalidade e à autodeterminação. Isso demonstra que a tutela do indivíduo contra intervenções estatais decorre do princípio da liberdade geral, que repele limitações contra a autonomia da vontade quando não justificadas por finalidade constitucional legítima (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 36).

Soma-se a isso o princípio da dignidade da pessoa humana, que exige o reconhecimento de um espaço com autonomia dentro dos limites da ordem de valores constitucionais. Nesse sentido, João Costa Neto destaca que esse direito fundamental implica reconhecer a cada ser humano a condição de última instância de decisão sobre algo do seu próprio intuito (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 36).

Em consonância com o voto do Relator, a Corte Europeia de Direitos, no caso das Testemunhas de Jeová de Moscou v. Rússia, se posicionou no sentido de que a liberdade de aceitar ou recusar determinado tratamento médico constitui dimensão essencial dos princípios da autodeterminação e da autonomia pessoal, de modo que um paciente adulto e consciente detém plena liberdade para decidir sobre sua submissão a cirurgias, procedimentos terapêuticos ou transfusões de sangue. Também ressaltou que diversos ordenamentos jurídicos já haviam enfrentado casos das Testemunhas de Jeová que recusaram transfusões de sangue e concluíram que, embora o interesse público na preservação da vida seja legítimo e relevante, não pode prevalecer sobre o interesse individual de conduzir o curso da própria existência (2010, p. 29; Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 37-38).

Frente a esse entendimento, o Ministro afirma que para as Testemunhas de Jeová é inegável que as interpretações extraídas da bíblia conduzem à rejeição absoluta da introdução de sangue alheio em seu corpo e não compete ao Estado, em nenhum de seus âmbitos (Executivo, Legislativo ou Judiciário), avaliar a correção ou razoabilidade dessa compreensão religiosa, sendo imposto um dever de neutralidade, devendo abster-se de qualquer juízo de valor sobre dogmas e convicções de fé, não lhe sendo permitido definir o que é verdadeiro ou falso, aceitável ou inadmissível no campo da crença (2024, p. 39).

Assim, diante do reconhecimento de que a liberdade religiosa assegura o agir em conformidade com a própria fé e de que a autodeterminação garante ao cidadão a condução de sua própria vida, impõe garantir às Testemunhas de Jeová adultas, lúcidas e devidamente informadas o direito de recusar transfusões de sangue (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 39-40).

Nessa hipótese de recusa a tratamento de saúde, desde que não afete terceiros, o que está em debate são direitos fundamentais titularizados pela mesma pessoa: de um lado, o direito

à vida; de outro, as liberdades religiosa e de autodeterminação. Sendo a decisão mais razoável a de que a própria pessoa, plenamente capaz, decida sobre sua condução existencial (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 40).

Esse posicionamento não atribui caráter absoluto à liberdade religiosa e à autodeterminação, tampouco esvazia a proteção conferida ao direito à vida. O que o Ministro Gilmar Mendes afirma é que a noção de vida digna pressupõe o reconhecimento de que um adulto consciente pode pautar suas escolhas em conformidade com suas crenças, ainda que, em determinadas circunstâncias, essa decisão implique risco à própria sobrevivência. Nessas situações, a manifestação de vontade deve ser livre, esclarecida e inequívoca, podendo ser formalizada inclusive por meio de diretivas antecipadas de vontade (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 40).

Logo, na medida em que se reconhece o direito de recusa das Testemunhas de Jeová, também se reconhece a impossibilidade do médico ser obrigado a utilizar procedimento já previamente recusado pelo paciente.

3.2.3 A impossibilidade de atribuição prévia de responsabilidade ao médico e o seu direito de objeção de consciência

Sobre a responsabilidade do médico, temos diversas colisões normativas. De um lado, o art. 146 do Código Penal tipifica o crime de obrigar alguém, por meio de violência, grave ameaça ou pela redução de sua capacidade de resistência por qualquer outro meio, a deixar de praticar ato permitido em lei ou a realizar aquilo que a norma não impõe (Brasil, 1940).

De outro, o art. 146, I, §3 do mesmo diploma legal diz que a intervenção médica sem a concordância do paciente ou de seu representante legal é justificada em caso de iminente perigo de vida (Brasil, 1940). Adiciona-se que o Código de Ética Médica também permite essa atuação do médico, nos termos do seu artigo 31 (2018, p. 29)

Nesta senda, o Relator cita o famoso caso *Gesundbeter*, do Tribunal Constitucional Alemão, em que foi analisado a situação de uma mulher pertencente a uma comunidade religiosa que, após complicações no parto e anemia grave, recusou-se a receber transfusão de sangue por motivos de fé, optando apenas por orações. Seu marido, que compartilhava da mesma crença, também não a convenceu a aceitar o tratamento e, no fim, a mulher acabou falecendo (2024, p. 42).

O marido foi condenado por omissão de socorro nos termos do Código Penal Alemão, mas recorreu por meio de reclamação constitucional. O Tribunal Constitucional reverteu a condenação, entendendo que houve intervenção na liberdade religiosa (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 42)

A Corte destacou que a liberdade de crença não se restringe a religiões tradicionais ou majoritárias, devendo proteger também comunidades menores. Além disso, vinculou essa liberdade à dignidade humana e à autodeterminação individual, ressaltando que ela abrange não apenas o direito de acreditar, mas também de agir conforme a fé professada (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 43). Tal qual o entendimento desta Corte.

Reconheceu-se, portanto, que a liberdade religiosa pode influenciar a incidência da lei penal, afastando a responsabilidade criminal quando a conduta deriva de convicção religiosa. Assim, o Estado não deve impor sanções penais quando há conflito entre normas jurídicas e mandamentos de fé, sob pena de violar a dignidade da pessoa humana (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 42-43).

Diante disso, a recusa de tratamento médico por adultos que são Testemunhas de Jeová, plenamente capazes, conscientes ou representados por representante legal, deve ser respeitada, ainda que isso implique risco de morte, restando aos médicos apenas a obrigação de empregar todos os demais meios terapêuticos compatíveis com as convicções do paciente (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 44).

Por fim, o Ministro frisa que não examinou, no presente caso, a controvérsia envolvendo pessoas relativa ou absolutamente incapazes.

No que tange à objeção de consciência, o Ministro Cristiano Zanin se posicionou no sentido de que deve ser reconhecido ao médico o direito de invocar esse direito para recusar a realização de tratamento alternativo quando, sob avaliação técnico-científica ou filosófica, não o considerar o mais adequado. Ademais, a objeção de consciência do médico ou do profissional de saúde está amparada na liberdade de consciência prevista no art. 5º, VI, da Constituição Federal (2024, p. 116-117).

Portanto, incumbe ao profissional de saúde buscar modos de compatibilizar a liberdade profissional com o direito do paciente de acesso ao tratamento. Quando o paciente manifesta vontade de se submeter ao procedimento sem transfusão de sangue, ou a terapia alternativa, deve o médico responsável comunicar o fato à direção do hospital e providenciar o encaminhamento a outro profissional disposto a realizar o ato, caso não deseje realizar o referido procedimento (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 118).

O Ministro André Mendonça registrou, com base no art. 4º da Resolução no 2.232/19, que não incumbe ao médico, diante da recusa de tratamento que envolva transfusão de sangue, encaminhar representação às autoridades competentes (Ministério Público, polícia e Conselho Tutelar, por exemplo), por se tratar do exercício de um direito do paciente, inexistindo, portanto, dever de comunicação por eventual ilícito. Isso explicita que, nas hipóteses de recusa por Testemunhas de Jeová aqui reconhecidas, não há dever de representação (2024, p. 276).

Nesse viés, a Ministra Cármen Lúcia também acompanha o direito à objeção de consciência do médico sem que haja responsabilização (2024, p. 314).

O Ministro Flávio Dino também destaca que o direito de objeção de consciência do médico é decorrente da autonomia ética e técnica em avaliar a adequação e a segurança do tratamento em cada caso concreto (2024, p. 70).

3.2.4 A conclusão final do Supremo Tribunal Federal

Ao final do inteiro teor do acórdão do recurso extraordinário supracitado, o ministro Luís Roberto Barroso expressou que ficou definido o direito das Testemunhas de Jeová de recusarem tratamentos médicos que envolvam transfusões de sangue, especialmente quando houver alternativas disponíveis, o que reafirma a posição do Supremo Tribunal Federal em defesa da liberdade religiosa, harmonizando-a com o direito à saúde e à vida (2024, p. 316)

Isso porque, o Tribunal, por unanimidade, apreciando o Tema nº 1.069 da repercussão geral, fixou as seguintes teses:

1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos. A recusa a tratamento de saúde, por razões religiosas, é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade.
2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente.

Nota-se, aqui, dois pontos: (i) a legitimidade da recusa e (ii) a possibilidade de utilização de procedimento alternativo.

O primeiro ponto da tese fixa um critério essencial: a recusa deve ser inequívoca, livre, informada e esclarecida, podendo inclusive ser manifestada por meio de diretivas

antecipadas de vontade, garantindo segurança jurídica para os dois pólos da relação-médico paciente, inclusive à equipe médica, afastando dúvidas sobre a autenticidade da decisão.

O segundo ponto trata da possibilidade de realização de procedimentos médicos alternativos, desde que disponíveis no sistema público, sejam tecnicamente e cientificamente viáveis, e aceitos pela equipe médica.

Com esse julgamento, a Corte rompeu com a visão anterior, que tendia a privilegiar a preservação da vida biológica a qualquer custo, e passou a afirmar a tese de que deve prevalecer a autodeterminação do paciente, em respeito à dignidade da pessoa humana, reconhecendo que a autonomia existencial pode ser exercida por razões de fé religiosa, um elemento essencial da esfera íntima de cada indivíduo (Mabtum, 2024, p. 15).

Além disso, sedimentou o entendimento de que não compete ao Estado substituir a vontade do indivíduo no exercício de sua autonomia existencial, estabelecendo quais valores devem se sobrepor, pois essa é uma escolha pessoal, que varia de acordo com as experiências, convicções e crenças (ou a ausência delas) de cada ser humano (Mabtum, 2024, p. 15).

Esse exercício da autonomia baseado em convicções religiosas é uma manifestação profundamente pessoal e sujeita a variações conforme os valores e experiências de cada indivíduo, e é por isso que não é possível um terceiro ou quem não possui plena capacidade civil exercer essa ponderação, pois essa decisão exige consciência plena e grande responsabilidade (Mabtum, 2024, p. 16).

Essa decisão do Supremo Tribunal Federal e a consequente fixação da tese mencionada possui efeito vinculante para todos os tribunais do país, em razão da repercussão geral. Portanto, resta imperioso que os profissionais de saúde estão impedidos de realizar transfusão de sangue em paciente que pertençam à religião em questão, mesmo diante de risco iminente de morte, não havendo o que se falar em qualquer imputação de responsabilidade ao médico (Mergulhão, 2025, p. 2).

A pós-doutora em direito, Maria Fernanda Mergulhão, frisa que a jurisprudência brasileira já demonstrava inclinação a reconhecer a supremacia da liberdade de consciência e de crença, assegurando ao paciente o direito de recusar transfusões de sangue em qualquer de seus componentes, ainda que tal decisão pudesse acarretar graves consequências para a saúde ou mesmo levar ao óbito. Nessas situações, tornaram-se conhecidas as chamadas “cirurgias sem sangue”, em que fiéis Testemunhas de Jeová buscavam previamente o amparo do Judiciário para resguardar sua escolha (2025, p. 2)

Com a fixação da tese no Tema 1069 pelo STF, consolidou-se a diretriz de que os hospitais não podem rejeitar a internação de pacientes que manifestem, desde o ingresso na unidade, a recusa absoluta à transfusão, mesmo diante da possibilidade concreta de morte, por mais indesejada que seja (Mergulhão, 2025, p. 3).

3.3 PONTOS CONTROVERTIDOS

Entre as questões que suscitaram maior debate, destaca-se: a necessidade do consentimento ser atual ou não, a validade da manifestação prévia de vontade e as situações em que o paciente está em risco iminente de vida

Essas discussões refletem um teor de complexidade maior, exigindo uma análise cuidadosa das manifestações dos ministros e dos parâmetros estabelecidos no julgamento.

3.3.1 O debate sobre a necessidade de consentimento atual e a validade da manifestação prévia de vontade

A manifestação de vontade nesse contexto limita-se aos casos envolvendo pessoas civilmente capazes e aos procedimentos médicos de natureza eletiva.

A advogada Maria Claudia Bucchianeri Pinheiro destacou, em sua sustentação oral, que a questão em voga pode ser analisada a partir de três filtros: (i) o primeiro refere-se ao paciente maior, capaz e consciente, que expressa a sua vontade de forma direta e inequívoca (sendo a hipótese que corresponde aos casos submetidos à repercussão geral); (ii) o segundo envolve o paciente maior e capaz que manifesta sua vontade por meio de documento prévio; (iii) e, por fim, o terceiro versa sobre os menores de idade (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 16-17).

A patrona fez uma comparação entre a manifestação de vontade do doador de órgãos, cuja declaração conta na Carteira Nacional de Habilitação, a qual é juridicamente reconhecida como válida e eficaz. Desse modo, caso o documento da Testemunha de Jeová não seja reconhecido como válido, a Carteira Nacional de Habilitação também não deve ser (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 16).

O Ministro Gilmar Mendes afirma que a manifestação de vontade do paciente adulto, desde que consciente e informada, é admissível por declaração escrita em diretivas antecipadas da vontade (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 40).

A Resolução do CFM nº 1.995 dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, conceituando-as como um conjunto de declarações prévias e expressas do paciente, nas quais este manifesta os cuidados e tratamentos que deseja ou não receber, caso eventualmente se encontre incapacitado de expressar a sua vontade (2012, p. 1).

Logo, nas situações em que o paciente se encontre impossibilitado de se comunicar ou de manifestar a sua vontade, o médico deverá considerar as diretivas antecipadas da vontade previamente expressas pelo paciente ao decidir sobre os cuidados e tratamentos a serem adotados (Conselho Federal de Medicina, 2012, p. 1).

O Ministro Gilmar Mendes considera que é legítima a recusa das Testemunhas de Jeová a tratamentos que envolvam transfusão de sangue, não sendo lícito ao médico impor procedimento que fora rejeitado por paciente plenamente capaz, no gozo da sua capacidade civil plena, de forma livre e informada, em decorrência do respeito aos princípios da liberdade religiosa e da autodeterminação da vontade (2024, p. 41)

Para o ministro Relator, não se admite a intervenção médica contrária à vontade do paciente, quando houver recusa expressa, inclusive manifestada por meio de diretivas antecipadas de vontade, devendo o médico se utilizar de todos os demais meios terapêuticos e procedimentos disponíveis que sejam compatíveis com as convicções religiosas do paciente (2024, p. 44).

Da mesma forma, o Ministro Flávio Dino reconhece que devem ser admitidas as manifestações prévias de vontade expressas pelos próprios enfermos. Em seu voto, dedica um tópico para falar sobre as “Condicionantes para o exercício da autodeterminação”, afirmando que inexistente exigência legal para a forma do consentimento informado (2024, p. 68-70).

Nesse viés, admite-se a possibilidade de médicos e instituições de saúde adotarem termos de consentimento escritos, por meio dos quais o paciente capaz e consciente declare expressamente sua vontade ou não de se submeter à transfusão de sangue alogênico (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 70).

O Ministro Cristiano Zanin observa a hipótese de incapacidade momentânea do paciente, como nos casos em que o enfermo se encontra inconsciente e impossibilitado de manifestar a sua vontade no momento do atendimento. Para ele, o critério do melhor interesse do paciente possui caráter subsidiário, de modo que deve prevalecer a vontade previamente declarada por meio de diretivas antecipadas da vontade (2024, p. 78).

No âmbito da recusa a tratamento médico, o Ministro faz as seguintes diferenciações: (i) o paciente maior e capaz, (ii) o paciente que não consiga manifestar sua vontade no momento, e (iii) crianças e adolescentes (2024, p. 78).

O aspecto da criança e do adolescente será abordado no capítulo quatro.

O entendimento do ministro é no sentido de que é legítima a recusa do paciente Testemunha de Jeová que esteja inconsciente, mas que tenha declarado anteriormente sua vontade (2024, p. 78).

Ao tratar do tratamento alternativo, Zanin reafirma o mesmo entendimento do Ministro Gilmar Mendes e do Presidente Ministro Luís Roberto Barroso, reconhecendo que o paciente Testemunha de Jeová tem direito a receber tratamento alternativo desde que esteja disponível e incorporado ao Sistema Único de Saúde (2024, p. 78).

Da mesma forma, o Ministro Flávio Dino fortaleceu a posição de que a manifestação prévia do paciente deve ser respeitada, de modo que é imprescindível a sua prevalência nos casos em que não seja possível obter o consentimento atual, fundado na Resolução nº 1.995 do CFM, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade (2024, p. 81-82).

Durante a discussão, o Ministro Cristiano Zanin ponderou sobre a expressão “consentimento atual” na tese, de modo que geraria uma insegurança prática, pois, quando o paciente está inconsciente, não há como exigir nova manifestar, devendo-se adotar a vontade anteriormente declarada, seja ela por declaração em carteira que os pacientes Testemunhas de Jeová portam diariamente ou outro tipo de documento e manifestação, que compõem as chamadas diretivas antecipadas de vontade (2024, p. 81).

O Ministro Alexandre de Moraes dedicou parte do seu voto para tratar sobre as diretivas antecipadas de vontade, reconhecendo que a possibilidade de manifestação prévia do paciente Testemunha de Jeová deve ser interpretada de forma análoga à declaração de doação de órgãos, já prevista na legislação pátria. Assim, a manifestação antecipada de vontade configura uma expressão legítima de autodeterminação, semelhante a um testamento vital, válido desde que realizado por indivíduo maior e capaz (2024, p. 192).

Portanto, a recusa a tratamento médico por motivo de fé religiosa deve decorrer de manifestação inequívoca, livre, consciente e devidamente esclarecida do paciente, sendo reconhecida a legitimidade das diretivas antecipadas de vontade, que inclui a validade da carteirinha de identificação que as Testemunhas de Jeová portam (2024, p. 318).

Diante do exposto, resta esclarecido que, no caso do paciente maior e capaz, havendo a possibilidade de manifestação atual de consentimento (ou não), este deve ser considerado válido e plenamente eficaz. Da mesma forma, nas situações em que o paciente se encontre momentaneamente incapaz de expressar sua vontade, deve prevalecer a manifestação prévia de vontade, as quais possuem validade jurídica e devem ser observadas pela equipe médica, sob pena de responsabilidade.

3.3.2 As situações de iminente risco de vida

Em situações emergenciais e imprevisíveis não é possível a coleta do consentimento livre e esclarecido do paciente, bem como nos casos em que haja limitações técnicas ou circunstanciais que impossibilitem a adoção de tratamento alternativo à transfusão sanguínea, especialmente diante de risco iminente de morte e da inviabilidade de transferência do paciente para unidade com recursos adequados. Nesse caso, deve prevalecer o direito fundamental à vida e à saúde (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 69).

Pensamento oposto ao mencionado implica atribuir ao profissional de saúde a omissão no cumprimento dos deveres éticos e legais que são inerentes à sua função (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 69).

Para o Ministro Cristiano Zanin, o art. 146, § 3, inciso I do Código Penal não autoriza a realização de intervenções médicas contrárias à vontade expressa do paciente, mas apenas sem o seu consentimento, entende-se que o referido dispositivo somente se aplica às situações em que é impossível obter a manifestação de vontade do paciente (2024, p. 108).

É o caso do paciente que chega inconsciente ao hospital após um acidente, e está impossibilitado de expressar sua decisão acerca da realização de um procedimento urgente e indispensável para a preservação da sua vida (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 108).

Nessas hipóteses, configura-se o chamado de consentimento presumido na doutrina penal, que é uma causa de exclusão de ilicitude, aplicada em substituição ao consentimento informado (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 108).

Rememorando a diferenciação que o Ministro Cristiano Zanin fez sobre o paciente maior e capaz e o paciente que não consiga manifestar sua vontade no momento, deve ser ressaltado que, no caso do paciente estar inconsciente, com iminente risco de vida e portar documento que expresse sua vontade de não se submeter ao procedimento de transfusão

sanguínea de sangue alogênico, sua recusa deve ser respeitada e o médico deve empregar todos os demais meios cabíveis para salvar a vida daquele paciente.

No voto-vogal conjunto, destaca-se o diploma do Código Civil, que estabelece que ninguém pode ser compelido a se submeter a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica, ainda que com risco iminente de vida (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 292).

A decisão de nº 23676, julgada em 15/09/2008 pela Suprema Corte da Itália, citada pelo Ministro Cristiano Zanin em seu voto, apresentou duas alternativas capazes de assegurar o direito de recusa à transfusão de sangue, ainda que em situações de risco iminente de vida: (i) o paciente deve portar declaração expressa e inequívoca sobre a sua vontade de rejeitar a transfusão, mesmo diante de perigo à própria sobrevivência; (ii) e deve nomear um representante legal autorizado para confirmar a recusa do tratamento perante os profissionais de saúde (Supremo Tribunal Federal, 2023, p. 29; Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 105).

Em qualquer outra circunstância, incumbe ao médico adotar as medidas necessárias para preservar a vida do paciente, independentemente de autorização do Ministério Público (Supremo Tribunal Federal, 2023, p. 29).

O caso fático da decisão italiana supracitada envolvia uma Testemunha de Jeová que chegou inconsciente em um hospital portando um cartão escrito “sem sangue” e, apesar disso, foi submetida à transfusão. A corte italiana concluiu que, com base no Juramento de Hipócrates, os médicos agiram corretamente, uma vez que não poderiam presumir a firmeza faz convicções religiosas do paciente, sendo insuficiente um cartão escrito “sem sangue”, somente. Por conta disso, sugeriu as alternativas citadas (Supremo Tribunal Federal, 2023, p. 29).

O Ministro André Mendonça reflete sobre o artigo 11 da Resolução nº 2.232 do Conselho Federal de Medicina, segundo o qual, em situações de urgência e emergência com risco iminente de morte, o médico deve empregar todos os meios necessários e reconhecidos para preservar a vida do paciente, ainda que haja recusa terapêutica expressa. Diante disso, questiona-se se, nesses casos, o direito à vida ou à integridade física e mental poderia justificar a anulação da vontade livremente manifestada, ou se, não havendo violação a direitos de terceiros, a vontade do paciente deveria sempre prevalecer (2024, p. 149).

Ele aprofunda essa análise reconhecendo que, para as Testemunhas de Jeová, a transfusão de sangue não representa apenas um procedimento médico, e sim uma violação física e psíquica, por contrariar os ensinamentos bíblicos que segue a risca (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 149).

Sobre isso, o advogado Laércio Ninelli Filho, no teor do inteiro teor do acórdão, argumenta que, nas hipóteses de urgência e emergência, a Organização Mundial de Saúde atesta que existe a possibilidade de utilizar técnicas que evitem a transfusão de sangue. A problemática reside no fato da falta de estrutura dos hospitais e preparação dos profissionais de saúde (2024, p. 11).

O Ministro Cristiano Zanin compreende que nos casos de perigo de vida, o médico tem o dever de intervir observando, na medida do possível, as convicções religiosas do paciente. Logo, se houver recusa do paciente em realizar a transfusão de sangue, o profissional deve respeitar a recusa e prosseguir com o tratamento utilizando os recursos disponíveis sem recorrer à transfusão, informando o paciente (bem como os seus responsáveis) sobre os riscos decorrentes dessa decisão (2024, p. 118).

Para o Ministro Edson Fachin, nesse contexto, pode ocorrer de não haver, segundo a avaliação médica, alternativa terapêutica eficaz disponível naquele momento específico. Face a isso, tratando-se de um paciente adulto e capaz, ainda que haja eventuais consequências fatais decorrentes da recusa, a convicção religiosa deve ser respeitada (2024, p. 126).

O Ministro André Mendonça reputa como válida, para todos os efeitos, o testamento vital e outras manifestações prévias de vontade, inclusive nas situações de urgência e emergência (2024, p. 137).

Em seu voto, o ministro supracitado dedica um tópico para os casos de emergências. A solução desse *hard case* é solucionada pelo fato de que os fiéis Testemunhas de Jeová portam documentos formais nos quais declaram expressamente sua recusa ao recebimento de sangue de terceiros, portanto, desde que o médico responsável tenha acesso tempestivo a documento válido e inequívoco, que não apenas identifique a religião, mas também deixe claro a sua rejeição a esse tipo de procedimento, não se deve considerar ilícita a abstenção do profissional em realizar a transfusão (2024, p. 153-154).

Nesse sentido, o Ministro fez referência ao Enunciado nº 528 do Conselho da Justiça Federal, que dispõe:

É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado 'testamento vital', em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade.

Diante desse entendimento, bem como o dos demais ministros do Supremo, conclui-se que a declaração expressa de vontade, formalizada por meio de documento autêntico,

como o testamento vital ou as diretivas antecipadas de vontade, possui plena validade jurídica e deve ser respeitada pela equipe médica, independentemente de risco de vida ou não do enfermo.

Todavia, em caso de o paciente estar inconsciente ou incapaz de expressar a sua vontade, houver risco iminente de vida e não portar nenhum documento que contenha, expressamente, a sua recusa à transfusão sanguínea, caso for o procedimento mais indicado no caso para salvar a vida desse indivíduo, a transfusão será feita e não há o que se falar em ato ilícito do médico, com base no Juramento de Hipócrates e demais diplomas legais que regem a relação médico-paciente.

Por fim, no voto-vogal conjunto, os ministros determinam que a manifestação de vontade livre, consciente e esclarecida deve ser respeitada integralmente, desde que seja realizada no momento do atendimento ou por meio de diretivas antecipadas de vontade, inclusive em emergências ou hipóteses de inconsciência, desde que haja conhecimento prévio da existência e conteúdo desses documentos e manifestações (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 301).

4 AS IMPLICAÇÕES JURÍDICAS DA DECISÃO

A decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal no Tema nº 1069 de repercussão geral, produz relevantes efeitos jurídicos, éticos e institucionais no âmbito da relação entre o Estado, os profissionais da saúde e os pacientes.

Dessa forma, impõe-se reflexões acerca dos limites da autonomia da vontade, das obrigações éticas do médico, da responsabilidade civil das instituições hospitalares, e dos efeitos dessa tese sobre pessoas incapazes ou menores de idade.

Por conta disso, serão examinadas as implicações jurídicas decorrentes do julgamento, analisando como o reconhecimento da autonomia privada remodela a relação entre o médico e o paciente, bem como serão delimitados os impactos dessa decisão nos protocolos clínicos e hospitalares e qual o papel do Estado nessa controvérsia.

4.1 A (RE)CONFIGURAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DIANTE DA AUTONOMIA PRIVADA

É cediço que a relação médico-paciente, a partir do momento que há uma colisão entre o Código de Ética Médica e a autonomia individual, se torna conturbada.

A decisão em análise provocou uma mudança abrupta nessa relação, pois deslocou o eixo de poder historicamente centrado na figura do médico para um modelo que enfatiza a manifestação de vontade do paciente.

Vejamos, a seguir, um estudo acerca dessa transformação e de seus reflexos na prática clínica.

4.1.1 Da medicina arcaica à medicina centrada no paciente

A confiança entre o médico e o paciente já se fazia presente desde a antiguidade. Na Mesopotâmia, as pessoas acreditavam na conexão entres os humores da saúde humana e os humores dos deuses, de modo que a medicina mergulhava entre os meios mágico e religioso. O médico representava – socialmente – uma figura capaz de interagir com os deuses para conseguir a cura da enfermidade (Vasconcelos, 2020, p. 4).

No Egito, os egípcios valorizavam a aproximação do médico com o paciente, de maneira que o procedimento de exame incluía um questionário, a exploração física e minuciosa

da lesão ou enfermidade, o comentário sobre o prognóstico, bem como as probabilidades de cura e, por fim, a exposição do diagnóstico do paciente para ele mesmo, destacando a importância do diálogo (Sournia, 1995, p. 34-35).

Em ambos os períodos, a relação médico-paciente era assimétrica, haja vista o “*status*” de superioridade do médico devido à sua capacidade de conexão com os entes superiores. Por outro lado, os gregos buscavam uma abordagem mais racional na relação entre médicos e pacientes, deixando de lado o contexto religioso e místico (Vasconcelos, 2020, p. 5-6).

Mergulhado nessa racionalidade, Hipócrates, médico grego, valoriza o exercício da clínica pautada na perícia, experiência e aproximação com o paciente, com o fito de realizar exame detalhado acerca dos fatos naturais sobre a moléstia em questão, afastando a sacralização de enfermidades (Hipócrates, 2007, p. 35-36; Vasconcelos, 2020, p. 7).

O Ministro Relator Gilmar Mendes reconhece que, até o século XX, a relação médico-paciente era pautada na ética hipocrática, pois era preciso buscar o bem do paciente independentemente da sua vontade ou não (2024, p. 36)

A busca pela participação nas discussões sobre saúde é reflexo da incansável busca pela igualdade de oportunidades de fala entre os pacientes e os médicos, quebrando o estereótipo do perfil passivo e “inferior” do paciente. A modificação desse contexto é consequência do progresso da educação, difundindo conhecimento de saúde não só pelos profissionais dessa área, mas por toda população, de tal forma desconstruindo o poder absoluto do médico (Vasconcelos, 2020, p. 26).

Essa relação, embora tenha nascido marcada pela assimetria, foi gradualmente se transformando em um espaço de maior equilíbrio. O avanço da razão, o acesso ao conhecimento e a ampliação da educação em saúde permitiram que o paciente deixasse de ser mero espectador passivo do processo para se tornar sujeito ativo de sua própria história.

Assim é que esse movimento não apenas fragilizou o poder absoluto do médico, como também consolidou a importância do diálogo, da participação e do respeito, pilares que hoje sustentam o reconhecimento da autonomia do paciente e a valorização de sua dignidade como pessoa.

Cumpre mencionar também que, antigamente, existia uma relação paternalista. Cada família possuía o seu médico de confiança, que cuidava de todos os membros daquele núcleo familiar, sendo chamado “médico de cabeceira” ou “médico de família”. Sendo assim, a confiança depositada nesse profissional da saúde era extrema, inexistindo dúvidas sobre a sua

competência, o que ocasionava um certo teor de reverência ao médico, haja vista que todas as prescrições e opiniões por ele declaradas eram cumpridas à risca (Sá; Souza, 2020, p. 58).

É possível notar, então, que antigamente as pessoas nada questionavam sobre a conduta do médico que cuidava de sua família, havendo uma relação quase de endeusamento daquele profissional, que possuía inegável saber técnico.

Hodiernamente, essa realidade se transformou profundamente. O avanço da tecnologia e o acesso irrestrito à informação, especialmente por meio da *internet* e das redes sociais, modificaram a forma como os pacientes se relacionam com os profissionais de saúde, haja vista a vasta difusão de informações e facilidade de acesso, por todos, a qualquer esclarecimento com a popularização da *internet*.

Maria de Fátima Freire de Sá e Iara Souza entendem que a extinção da relação paternalista na relação médico-paciente se justifica pelo marco da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, que foi aderida na Constituição da República de 1988, momento este que o elemento da dignidade da pessoa humana foi colocado como um dos maiores fundamentos do estado democrático de direito da República Federativa do Brasil (2020, p. 59).

A dignidade do cidadão é assegurada através do respeito à sua manifestação de vontade (Sá; Souza, 2020, p. 59).

4.1.2 O consentimento livre e esclarecido como pressuposto ético e jurídico

No contexto de mudança da relação entre médico e paciente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido surge como um instrumento de proteção aos direitos do paciente, sendo um documento escrito por meio do qual o enfermo manifesta sua concordância com a realização de determinado procedimento médico, em exercício pleno de sua autonomia privada (Sá; Souza, 2020, p. 57).

Sua origem é uma resposta histórica à superação do modelo paternalista que marcou a relação médico-paciente até a década de 1960. Naquele período, predominava a ideia de que cabia ao médico, à luz do juramento hipocrático, a plena liberdade sobre as condutas de tratamento, sem a necessária participação ativa do paciente (Heringer, 2010, p. 114-121 *apud* Baraúna Jr., 2019, p. 54).

Esse panorama começa a mudar em 1973, com a publicação da Carta dos Direitos dos Pacientes pela Associação Americana de Hospitais, sob forte influência do

desenvolvimento dos direitos humanos. Esse documento passou a servir como divisor de águas, ao deslocar o foco da prática médica da figura paternalista do médico para a valorização da autonomia do paciente, assegurando – expressamente – o direito de o paciente receber informações claras sobre seu estado de saúde, os tratamentos propostos, seus riscos e prognósticos antes de qualquer intervenção (Baraúna Jr., 2019, p. 54)

O consentimento informado, portanto, consagra o dever do médico de fornecer dados precisos e inteligíveis e, ao mesmo tempo, o direito do paciente de decidir sobre sua própria trajetória terapêutica. Ademais, na hipótese de o paciente não estar em condições de manifestar sua vontade, cabe ao médico buscar o consentimento da família, reforçando a necessidade de respeito à dignidade humana mesmo diante da incapacidade (Baraúna Jr., 2019, p. 54)

Carlos María Romeo-Casabona ensina que esse documento surgiu (i) da necessidade de reconhecimento dos direitos dos pacientes e, consequentemente, da sua tutela; e da (ii) mudança da relação entre o médico e o paciente (2004, p. 132).

Assim, o direito se posiciona no sentido de que todo tratamento ou procedimento de saúde só pode ocorrer com o consentimento do paciente, haja vista que isso envolve a vida, a saúde e a integridade física do indivíduo, não sendo admitida qualquer conduta médica sem a concordância do paciente (Sá; Souza, 2020, p. 61).

Para o Ministro Cristiano Zanin, todo e qualquer procedimento médico que interfira na integridade física do paciente deve ser previamente autorizado mediante esse documento (2024, p. 102).

O Ministro Flávio Dino considera que, no contexto da recusa à transfusão sanguínea pelas Testemunhas de Jeová, é inegável a necessidade da obtenção do termo de consentimento livre pelo paciente (2024, p. 68).

A partir do momento em que é vedada qualquer intervenção no corpo do paciente sem o seu consentimento ou contra a sua vontade, deriva o reconhecimento do direito de recusar determinados procedimentos médicos e, consequentemente, de escolher, dentro do conjunto de alternativas terapêuticas disponíveis, aquelas às quais manifesta concordância ou rejeição, sendo plenamente possível a concordância em se submeter a uma cirurgia sem o consentimento para a transfusão de sangue (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 102-103).

Nesse viés, o Ministro Zanin entende que não é legítimo subordinar a realização de um tratamento à aceitação de transfusão de sangue ou de qualquer outro procedimento ao qual o paciente não queira se submeter, salvo, somente, nas hipóteses em que a recusa inviabilizasse

por completo a eficácia do tratamento, de modo que a sua realização sem a intervenção recusada corresponderia, na prática, a uma sentença de morte (2024, p. 103).

Como visto no capítulo 3, a eficácia da decisão considera, portanto, apenas o cidadão civilmente capaz e em plena condição de discernimento para escusar-se do tratamento.

Esse direito de recusar é independente de qualquer justificativa para a decisão tomada, pois, para o Ministro Luiz Fux, a autodeterminação e a liberdade de decidir sobre a própria vida e saúde não se submetem à necessidade de motivação, de modo que o caráter religioso da justificativa em nada afasta a imprescindibilidade do consentimento livre e esclarecido como condição para a realização de qualquer procedimento médico (2024, p. 293).

Posteriormente, o reconhecimento desse direito de recusa a qualquer tratamento médico, sem a necessidade de apresentar justificativas para tanto, foi reafirmado no voto vogal-conjunto, reforçando a centralidade da autonomia do paciente como princípio orientador da relação médico-paciente (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 293).

Nos casos de situações emergenciais e imprevisíveis, o Ministro entende que não há possibilidade de obtenção deste consentimento livre. Nesse contexto e assim como nos casos em que existam impedimentos técnicos ou circunstanciais à adoção de tratamento alternativo à transfusão sanguínea, diante do iminente risco de vida e da impossibilidade de transferência para unidade com estrutura adequada, deve prevalecer o direito fundamental à vida e à saúde, sob pena de se compelir o profissional médico a agir em desconformidade com os preceitos éticos que regem sua profissão, invocando-se o art. 146, §3, I do Código Penal (2024, p. 69)

O Ministro Cristiano Zanin pondera que esse dispositivo não permite a realização de intervenções médicas contra a vontade do enfermo, mas apenas sem o seu consentimento, o que leva ao posicionamento de que ele é aplicado somente nas hipóteses em que não é possível obter o consentimento do paciente (2024, p. 108)

Destaca-se que, no âmbito do consentimento livre e informado, é admitido a possibilidade de que médicos e instituições hospitalares utilizem termos escritos de consentimento, nos quais o paciente, sendo capaz e plenamente consciente, manifeste expressamente sua decisão de submeter-se ao procedimento cirúrgico necessário para sua saúde sem a realização de transfusão de sangue alogênico, justamente a controvérsia do caso concreto (2024, p. 70).

Flávio Dino assevera que o profissional médico não está vinculado de forma absoluta a essa declaração, uma vez que lhe assiste autonomia ética e técnica para avaliar as particularidades de cada caso concreto (2024, p. 70).

No que tange à necessidade de consentimento livre e esclarecido por pessoa absolutamente capaz, o Ministro Cristiano Zanin frisa a questão dos pressupostos subjetivos de validade da manifestação da vontade, que visam assegurar que a decisão expressada pelo enfermo é livre e merece ser respeitada (2024, p. 103).

O primeiro pressuposto é a capacidade de entendimento e de decisão, que compreende a aptidão individual para entender o alcance dos tratamentos disponíveis e adotar decisões de forma autônoma. Essa faculdade não se confunde com a capacidade civil ou penal, pois, na controvérsia em questão, somente admite-se pacientes adultos e capazes (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 103).

O segundo é a ausência de vícios de vontade, elencados no art. 138 e seguintes do Código Civil. Nesse aspecto, assume especial importância o dever do médico de informar o paciente acerca do diagnóstico, prognóstico, das opções terapêuticas disponíveis e dos respectivos riscos, haja vista que uma decisão verdadeiramente livre pressupõe o conhecimento dos elementos essenciais para que o indivíduo possa ponderar valores e definir seu próprio posicionamento (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 105-106).

Caso o médico não cumpra o seu dever de informar todos os elementos supracitados, reputa-se válida a possibilidade de responsabilização civil e penal do médico, conforme o art. 34 do CEM, já dissecado no capítulo 1 (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 106).

Conforme estudado, a diretiva antecipada de vontade foi plenamente admitida, caso seja declarada pelos próprios pacientes capazes ou portada por pacientes capazes, mas momentaneamente inconscientes, com base na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina.

Essa resolução dispõe que as diretivas antecipadas de vontade são as declarações feitas previamente e de forma expressa pelo paciente, nas quais este define os cuidados e tratamentos que deseja, ou não, receber quando estiver impossibilitado de manifestar sua vontade de maneira livre e autônoma. Somado à isso, nas situações em que o paciente se encontra impossibilitado de se comunicar ou de se expressar, de modo livre e consciente, as suas preferências, o médico deverá considerar as diretivas antecipadas de vontade anteriormente registradas (Conselho Federal de Medicina, 2012, p. 1).

Assim, consideram-se válidos os posicionamentos registrados por pacientes plenamente capazes, devendo ser respeitada a autodeterminação das Testemunhas de Jeová (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 70)

Por fim, registra-se o entendimento do Ministro Cristiano Zanin no tocante às lacunas relevantes na legislação brasileira sobre como deve ser a conduta mais adequada a ser tomada pelo médico diante de tal recusa. Tal cenário explica, em alguma medida, o receio de profissionais e instituições de saúde em respeitar plenamente a autonomia do paciente, uma vez que não há, no Brasil, um marco regulatório que discipline de forma mais concreta os diversos aspectos jurídicos da relação médico-paciente sob a ótica da autonomia (2024, p. 106).

Segundo o Ministro, a inexistência de uma lei específica, aliada à presença de dispositivos vigentes de interpretação controvertida, não apenas gera insegurança jurídica para médicos e pacientes, como também resulta em um protagonismo regulatório do Conselho Federal de Medicina, que é constantemente instado a normatizar matérias que envolvem direitos fundamentais dos pacientes, ainda que tais questões não tenham sido previamente debatidas e aprovadas no processo legislativo democrático (2024, p. 107).

No voto-vogal conjunto dos Recursos Extraordinários nº 979.742 e 1.212.272, temas 952 e 1.069, respectivamente, a determinação da possibilidade de o paciente recusar a transfusão de sangue de terceiro, em razão de suas convicções religiosas – por meio do consentimento livre e esclarecido –, parte da premissa fundamental de que, independentemente da motivação da recusa a determinado tratamento ou procedimento médico, deve prevalecer a vontade do paciente plenamente capaz, com base na dignidade da pessoa humana e nos direitos fundamentais à autodeterminação e à saúde (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 290).

Logo, no contexto da recusa à transfusão de sangue por pacientes Testemunhas de Jeová, prevaleceu a aplicação do referido artigo, com a garantia de que ninguém será constrangido a submeter-se, ainda que em situação de risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica contra a sua vontade, assegurando-se, assim, a autonomia individual e a liberdade religiosa (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 292).

Neste ponto, é imperioso deixar claro a distinção das seguintes hipóteses: (i) o paciente maior e capaz que chega ao hospital inconsciente e que não porta nenhuma diretiva antecipada de vontade; (ii) o paciente maior e capaz que chega inconsciente e não pode manifestar sua vontade contemporânea, mas porta documento capaz de atestar a sua recusa à transfusão sanguínea; e (iii) o paciente maior e capaz consciente que manifesta a sua vontade de não se submeter a transfusão de sangue alogênico.

No primeiro caso, impõe-se à equipe médica a adoção de medidas necessárias para a preservação da saúde e da vida daquele enfermo, realizando a transfusão sanguínea se esse for o procedimento mais bem indicado para a situação. Na ausência de documento formal que

registre a manifestação prévia do paciente, bem como inexistindo representante legal por ele nomeado, presume-se a vontade de viver (o chamado “consentimento presumido”), de modo que prevalece o dever ético e legal do médico em agir em prol da proteção do paciente.

Caso contrário, é cabível a imposição de responsabilidade civil do médico que se omitir diante desse cenário, haja vista que fere os diplomas legais que regem a relação médico-paciente e o próprio exercício da medicina.

No segundo contexto, ainda que exista risco iminente de morte, o documento que atesta, de forma inequívoca, a recusa à transfusão sanguínea deve ser absolutamente respeitado, de maneira que o médico e a sua equipe devem respeitar a autonomia privada do paciente e empregar meios disponíveis capazes de salvar a vida do indivíduo nos limites da sua convicção religiosa.

Rememorando o entendimento do Ministro Gilmar Mendes, não se admite a intervenção médica contrária à vontade do paciente, quando houver recusa expressa, inclusive manifestada por meio de diretivas antecipadas de vontade, devendo o médico se utilizar de todos os demais meios terapêuticos e procedimentos disponíveis que sejam compatíveis com as convicções religiosas do paciente (2024, p. 44).

Importante ressaltar que o médico possui o direito à objeção de consciência, mas que isso não se aplica às situações de urgência e emergência em que não se é possível passar a responsabilidade para outro profissional de saúde.

Nesse cenário, observa-se que a aplicação prática desse entendimento pode suscitar dilemas éticos de elevada complexidade, sobretudo em contexto nos quais o princípio da autonomia do paciente colide com a objeção de consciência.

Por exemplo: caso um paciente inconsciente, com grave risco de vida, chegue em um hospital portando um documento válido que atesta a sua recusa a receber transfusão sanguínea, e o único médico presente na unidade de saúde é contrário a realizar procedimentos alternativos (por alguma razão) e, no decorrer do atendimento, o indivíduo seja levado a óbito em decorrência dessa omissão.

Embora a objeção de consciência do médico seja legítima, seu exercício não pode se converter em omissão injustificada diante do dever de cuidado e assistência do paciente, portanto, na ausência de outro médico no local, a recusa em empregar todos os meios alternativos disponíveis para salvar a vida do indivíduo em consonância com a sua fé religiosa pode configurar omissão de socorro, ensejando, consequentemente, eventual responsabilidade

civil e ética do médico, especialmente se for comprovado que o profissional de saúde possuía meios para salvar a vida do enfermo.

Na terceira conjuntura, qual seja, do paciente maior e capaz consciente que manifesta a sua vontade de não se submeter a transfusão de sangue alogênico, a sua rejeição ao tratamento deve ser plenamente respeitada, de modo que não há o que se falar em responsabilidade civil médica em qualquer eventual dano advindo da decisão do indivíduo.

4.1.3 Consequências para o exercício profissional da medicina

No cenário em que pacientes adultos e capazes manifestam sua recusa por motivos religiosos, verifica-se que a desconsideração da vontade expressamente manifestada em consonância com a religião ou crença do paciente configura verdadeira discriminação religiosa, vedada pela Constituição nos artigos 1, V; 3, I e IV; e 5, *caput* e VIII, e também por diversos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário, como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e a Convenção Americana de Direitos Humanos (Supremo Tribunal Federal, 2024, 297-298).

Além disso, conforme destacado pela amiga da Corte, a Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová, há registros de pacientes que foram sedados ou imobilizados para, com base em ordem judicial, receber transfusão de sangue contra sua vontade, prática que configura tratamento desumano ou cruel, em violação ao art. 5º, III, da Constituição (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 298).

Assim, a manifestação de vontade, desde que livre e consciente, seja no momento da decisão ou previamente registrada em diretivas antecipadas, deve ser respeitada, mesmo em emergências ou inconsciência momentânea, desde que haja conhecimento inequívoco de sua existência (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 301).

Diante disso, para o exercício da medicina, o reconhecimento da legitimidade da recusa de tratamento, ainda que em situações de urgência (quando possível), impõe ao médico a obrigação de respeitar a manifestação de vontade do paciente adulto e capaz, o que significa que o profissional não pode impor procedimentos sem consentimento, sob pena de violar direitos fundamentais e incorrer em responsabilidade ética, civil e penal.

Por outro lado, tal entendimento reforça a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e das diretivas antecipadas de vontade como instrumentos de segurança

jurídica tanto para o paciente, em respeito à sua autonomia, quanto para o médico, que tem seu agir resguardado quando segue os limites estabelecidos pelo próprio paciente.

Essa decisão nos convida a repensar o exercício da medicina à luz da evolução científica, pois a discussão sobre a recusa de transfusões de sangue não deve ser vista apenas sob a ótica da liberdade religiosa, mas também como um estímulo ao aprimoramento das práticas médicas, em razão da existência de procedimentos alternativos que se revelam, em muitos casos, mais eficazes e seguros do que a própria transfusão de sangue alogênico.

O movimento de propagação de terapias menos invasivas e mais avançadas não apenas valoriza a dignidade do paciente, mas também contribui para o sistema de saúde, uma vez que, caso realmente adotado, a redução da dependência das transfusões alivia a pressão de demanda sobre os hemocentros, cuja realidade de escassez de sangue é notória. Logo, mais do que uma questão de liberdade religiosa, o respeito à recusa transfusional projeta-se como um incentivo à evolução da medicina.

Como já mencionado, o advogado Laércio Ninelli Filho indica que, nas hipóteses de urgência e emergência, a Organização Mundial de Saúde atesta existir a possibilidade de utilizar técnicas que evitem a transfusão de sangue (2024, p. 11).

No que tange à responsabilização civil do médico, o Supremo Tribunal de Justiça foi unânime ao decidir em prol da impossibilidade de imputação de responsabilidade ao médico diante da recusa ao tratamento terapêutico com transfusão sanguínea. Posto isso, o comportamento do médico em respeitar a recusa do paciente é imune de qualquer responsabilização por eventuais danos advindos dessa decisão pessoal (em tese), de modo que não é uma conduta criminosa (2024, p. 45).

Em meados de 2018, o CRM de Minas Gerais abordou a questão das Testemunhas de Jeová e a recusa à transfusão de sangue da seguinte forma: (i) não havendo iminente perigo de vida, o médico deve respeitar a vontade do paciente ou de seus responsáveis; contudo, (ii) sendo caso de urgência em evitar o resultado letal, o médico deve praticar o procedimento, mesmo que sem o consentimento do paciente ou de seus responsáveis (Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, p. 1)

Temos, agora, que o direito de recusa do paciente deve prevalecer independentemente do seu estado clínico, tratando-se de pessoa plenamente capaz, e caso um médico realize a transfusão sanguínea em paciente que expressamente recusou, cometerá uma grave violação à autonomia do paciente, ao direito à liberdade religiosa e deve ser penalizado por quaisquer danos advindos dessa conduta.

Os deveres do médico encontram-se delimitados pelo direito do paciente à autodeterminação sobre o próprio corpo, consequentemente, procedimentos não consentidos não integram o dever jurídico de agir e afastam a possibilidade de responsabilização do profissional da saúde por homicídio ou lesão corporal em modalidade omissiva imprópria. De igual forma, não será possível responsabilizar por omissão de socorro o profissional que deixa de realizar uma intervenção benéfica para o paciente por causa da manifestação do seu direito de recusa (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 110).

O fato do direito do paciente de autodeterminar-se e recusar determinados tratamentos corresponde, diametralmente, ao dever de abstenção dos profissionais de saúde quanto às intervenções rejeitadas, não havendo que se falar em responsabilização por omissão diante da não realização do procedimento recusado, ou seja, o eventual temor de responsabilização penal ou civil não constitui justificativa legítima para que médicos ou instituições de saúde deixem de respeitar a autonomia do paciente (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 111).

Ademais, em relação à obtenção do consentimento livre e esclarecido, frisa-se que o dever de informar do médico é imprescindível para que o termo seja plenamente válido, sob pena de eventual responsabilidade civil e penal do médico, conforme o art. 34 do Código de Ética Médica.

Outro ponto importante é que a prerrogativa do paciente em decidir sobre seu tratamento não elimina o direito dos profissionais de saúde à objeção de consciência, uma vez que a formação técnica e ética da medicina está pautada na preservação da vida e na redução do sofrimento, aspecto já anteriormente analisado (Mergulhão, 2025, p. 3).

Conforme já foi explorado no capítulo 3, o Supremo Tribunal Federal reconheceu que o direito do paciente de decidir sobre o próprio tratamento não elimina a objeção de consciência do médico, desde que pautada em convicções técnico-científicas ou éticas.

Em hipóteses de urgência ou emergência, contudo, inexistindo tempo hábil para o encaminhamento sem risco iminente à saúde ou à vida, impõe-se a atuação médica, observadas, na medida do possível, as convicções religiosas do paciente. Assim, para o Ministro, se houver recusa à transfusão e necessidade de atendimento imediato, deverá o médico realizar o tratamento sem transfusão, com os recursos disponíveis, após informar adequadamente o paciente sobre os riscos decorrentes da recusa parcial (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 118).

Nessas hipóteses, não se admite conferir primazia à liberdade profissional do médico em detrimento da saúde ou da vida do paciente. Caso deixe de prestar o atendimento e

o paciente (que manifesta vontade de ser tratado) não resista, poderá haver responsabilização por homicídio na forma de omissão imprópria, nos termos do art. 121 e do art. 13, § 2º, “b”, do Código Penal (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 118).

Releva salientar que, até o momento, não há registros de precedentes brasileiros de condenação judicial contra médicos que tenham realizado transfusão de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová contra a sua vontade.

Contudo, com a fixação da tese em questão, surge um novo paradigma jurídico que possibilita essa judicialização, de modo que a decisão do Supremo abre caminhos para que a responsabilidade do médico seja reconhecida, sobretudo quando houver prova de que o profissional atuou de forma deliberada em dissonância com a vontade expressa pelo paciente.

4.2 A AUSÊNCIA DE EXTENSÃO DA TESE PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E INCAPAZES

No momento em que é decidido que apenas os civilmente capazes terão o condão de recusar o tratamento de sangue, exclui-se a possibilidade de consentimento pelos incapazes.

Isso é decorrente da especial tutela conferida aos direitos à vida e à saúde, não sendo possível, igualmente, sustentar a prevalência da vontade dos pais, diante do comando do art. 227 da Constituição Federal (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 68-69).

Esse dispositivo ressalta que é dever da família, da sociedade e do Estado garantir à criança, ao adolescente e ao jovem, prioritariamente, o direito à vida, à saúde, à alimentação e demais direitos, sendo, também, a positivação da busca pelo melhor interesse dos incapazes (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 155).

Somado a essa norma, o art. 7 do Estatuto da Criança e do Adolescente também assegura o direito à proteção da vida e da saúde (Brasil, 1990).

Dessa forma, com fulcro na CF/88 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, não é possível a manifestação de vontade emitida por pessoa incapaz e, conseqüentemente, não há espaço para que a vontade dos pais da criança ou do adolescente seja priorizada em detrimento da vida e da saúde dos mesmos (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 68-69).

O Ministro Cristiano Zanin e o Ministro Flávio Dino, em sede de Plenário, orientam que, nesse caso, deve prevalecer o melhor interesse, de modo que o médico deve orientar e sugerir o tratamento a ser realizado, bem como a necessidade ou não de se fazer o procedimento terapêutico (2024, p. 78).

Por sua vez, o Ministro André Mendonça ressalta que o juízo de proporcionalidade entre crença e vida é diferente quando se trata de crianças e adolescentes, justamente porque sua capacidade de autogestão ainda se encontra em processo de desenvolvimento. Essa fase é marcada pela orientação dos pais e pelas primeiras experiências existenciais, cujo real significado somente a maturidade é capaz de revelar (2024, p. 156).

Em conclusão, o Ministro compreende que é razoável, em uma situação de urgência e emergência, ainda que seja reconhecida a fé professada pelo enfermo, não atribuir aos pais, à sociedade ou ao Estado a decisão sobre a vida ou a morte de um terceiro, notadamente quando se trata de menor ou incapaz, devendo ser empregado todos os esforços possíveis para preservar a vida e a saúde desse paciente (2024, p. 156).

Nesse viés, para o Ministro Edson Fachin, o reconhecimento da condição de vulnerabilidade inerente à criança e ao adolescente legitima a atuação do Estado no âmbito familiar, a fim de assegurar a proteção de seus direitos durante o processo de desenvolvimento, porque esse grupo de pessoas ainda não dispõe de plena capacidade para suprir, de modo autônomo, sequer suas necessidades mais elementares (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 271).

Na hipótese de risco ou ameaça de violação dos direitos que protegem a criança e o adolescente, o Estado deve intervir imediatamente de forma a garantir que o indivíduo em formação possa ter assegurada a oportunidade real de construir sua própria personalidade, mediante escolhas livres e conscientes, amparadas pelo exercício de sua liberdade positiva. Nesse contexto, a intervenção estatal com o objetivo de proteger a dignidade dessas pessoas é justificada (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 271).

O Ministro Edson Fachin ressalta uma questão interessante: o direito de autodeterminação do paciente representa uma ruptura com o antigo paradigma de paternalismo médico, todavia, crianças, adolescentes e pessoas incapazes possuem, naturalmente, algum grau de tutela e proteção, em decorrência da sua própria condição de vulnerabilidade, demonstrando que, em situações de risco de vida não é possível que a vontade dos pais sobressaia a ponto de comprometer a sobrevivência do menor (2024, p. 272).

Isso não significa que crianças e adolescentes oriundos de famílias Testemunhas de Jeová estejam impedidos de receber tratamentos alternativos. Ocorre que, caso tais procedimentos não se revelem ser a melhor opção terapêutica diante da urgência, segundo a avaliação da equipe médica, não podem os genitores recusar a transfusão de sangue em nome dos filhos (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 272).

O Ministro Roberto Barroso assevera que as crianças, inclusive por decisão dos pais, podem ter acesso a tratamentos alternativos, o que acontece é que, em situações extremas em que a transfusão de sangue se mostra imprescindível, não assiste ao pai o direito de impedir a realização desse tratamento, justamente porque a criança não possui condições de expressar vontade própria, e quando se trata de tratamento em crianças e adolescentes, o direito a ser protegido é, prioritariamente, a vida e a saúde (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 75).

Por seu turno, o Ministro Cristiano Zanin destaca que, nesse ponto, deve prevalecer o critério do melhor interesse, uma vez que a representação exercida pelos pais não é sinônimo de titularidade dos direitos fundamentais dos seus filhos. Isso limita o espaço de liberdade conferido aos pais para decidir acerca do destino de seus filhos, no que se refere à proteção da saúde e da vida (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 77).

No voto do Ministro Alexandre de Moraes há um capítulo dedicado ao fato de que o direito de recusa à tratamentos médicos, notadamente a recusa de transfusão de sangue alogênico é exclusivamente individual, e que a impossibilidade de extensão a menores e incapazes é uma controvérsia pacificada no julgamento do Tema nº 1103 da repercussão geral (2024, p. 225).

Esse tema foi julgado em 17 de dezembro de 2020, em meados da pandemia da COVID-19, e refere-se à possibilidade ou não dos pais escolherem não vacinar seus filhos com base na sua própria fé religiosa e demais convicções filosóficas, morais e existenciais, de modo que foi decidido em prol da constitucionalidade da obrigatoriedade de imunização através de vacinas que: (i) tenham sido inseridas no Programa Nacional de Imunizações, (ii) que tenham sua aplicação compulsória em lei, ou (iii) que sejam objeto de determinação de algum ente federativo.

Portanto, conclui-se que não é admitido a substituição da vontade do menor ou dos adolescentes pela vontade dos pais, devendo prevalecer a avaliação médica para a garantia do melhor interesse da criança e do adolescente.

O cenário das pessoas relativas ou absolutamente incapazes é similar. A tese de repercussão geral determina que a recusa a determinado tratamento médico por motivo de crença religiosa deve restringir-se ao âmbito individual, não podendo alcançar situações que envolvam crianças, adolescentes, pessoas incapazes ou hipóteses que apresentem risco à saúde pública ou à coletividade (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 8-9).

O reconhecimento da autonomia privada do paciente dá-se somente quando estamos falando de cidadãos maiores e capazes civilmente, devendo o médico realizar a

transusão de sangue (caso seja eleito o melhor procedimento no caso concreto) independentemente do desejo de seus familiares ou responsáveis, haja vista que não é possível coletar o consentimento livre e esclarecido dessas pessoas.

Isso porque, como já pontuado anteriormente, somente o indivíduo civilmente capaz e em plena condição de discernimento consegue expressar a sua vontade de forma inequívoca, livre e esclarecida, sendo a capacidade civil uma condicionante para o exercício da autodeterminação (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 68).

4.3 IMPACTOS INSTITUCIONAIS NOS PROTOCOLOS E OBRIGAÇÕES DOS HOSPITAIS

O julgamento do Tema nº 1069 repercute não apenas na esfera da relação médico-paciente, mas também no âmbito hospitalar. A partir do reconhecimento da autonomia privada, surge a obrigação de compatibilizar o respeito à autodeterminação do paciente e o dever de assistência e hospedagem dos hospitais.

Nesse cenário, é necessário analisar como essas obrigações se manifestam nas esferas públicas e privadas dos estabelecimentos de saúde, bem como esclarecer quais são os desafios de reconhecer o direito à tratamentos alternativos, sem adentrar na discussão sobre a reserva do possível.

4.3.1. Hospitais privados e a recusa de transfusão de sangue alogênico

Sobre a responsabilidade civil dos hospitais, Nelson Rosenvald, Cristiano Chaves e Felipe Braga Netto apontam que os danos sofridos pelos pacientes no estabelecimento são: (i) resultado de erro médico, ainda que seja omissivo; e (ii) resultado da própria estrutura do hospital (2025, p. 1020).

No caso do erro médico, pelo fato do dano estar ligado a uma conduta médica (nexo causal), o hospital responde objetivamente. Contudo, tem um ponto específico, apesar da responsabilidade do hospital ser objetiva, nesse caso também depende da prova da culpa do médico, pois esta é subjetiva e, desse modo, os hospitais só podem ser condenados a responder pela conduta do médico caso houvesse o dever de indenizar (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1020).

Como já sabido, os hospitais possuem, em regra, condições financeiras muito maiores para arcar com o dano sofrido pela vítima, o que garante ao autor da ação indenizatória uma segurança de que será devidamente indenizado (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1020).

O médico responderá, pessoalmente, somente se seus atos se revestirem de culpa, todavia, a instituição hospitalar, por ter celebrado com o paciente um contrato de hospedagem peculiar, responde objetivamente e – simultaneamente – solidariamente pelos danos causados no tratamento médico (Tepedino, 2006, p. 98).

O Superior Tribunal de Justiça já decidiu nesse sentido, de modo que, no Recurso Especial nº 258.389, sedimentou a responsabilidade dos hospitais em relação à atuação técnico-profissional dos médicos que neles atuam ou a eles sejam ligados por convênio, sendo subjetiva, ou seja, dependente da comprovação de culpa dos prepostos, presumindo-se a dos preponentes (2005).

Dessa forma, conclui-se que a responsabilidade civil dos hospitais, por ações ou condutas omissivas dos médicos é solidária e objetiva, sendo necessária a invocação da culpa do médico para que essa responsabilidade seja configurada no caso concreto (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1020).

No mesmo sentido, o STJ entende que os atos técnicos e profissionais praticados pelos médicos que atuam no hospital permanecem submetidos ao regime de responsabilidade subjetiva, fundada na verificação de culpa, uma vez que decorrem de vínculo de preposição e não se confundem com a atividade empresarial do nosocômio (Brasil, 2005)

Ressalta-se que a natureza jurídica da relação do médico e do hospital (se de emprego ou não) é de desnecessária análise nesse ponto, por força da teoria da aparência (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1021).

Para os que não defendem a incidência do Código de Defesa do Consumidor, ainda que não haja incidência, o Código Civil, nos arts. 932 e 933, dispõe que o empregador ou comitente são responsáveis – independentemente de culpa – pela reparação civil por danos causados pelos seus empregados, serviçais ou prepostos no exercício do trabalho imposto a eles (Brasil, 2002).

Isso justifica a manutenção da responsabilidade hospitalar mesmo que só incida, na relação, o Código Civil. Os hospitais, sendo empregadoras, respondem objetivamente por condutas dos profissionais em labor, seja médico, enfermeiro ou demais funcionários (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1021).

No caso do dano ser resultado da própria estrutura dos hospitais, a responsabilidade civil do estabelecimento é objetiva, conforme o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990).

O Superior Tribunal de Justiça já se posiciona no sentido de que a responsabilidade objetiva no artigo supracitado limita-se aos serviços diretamente vinculados à atividade empresarial do estabelecimento, de modo que o hospital responde objetivamente por aspectos como a internação do paciente, as condições de estadia, o fornecimento e funcionamento de equipamentos, a adequação das instalações e a prestação de serviços auxiliares, tais como enfermagem, exames laboratoriais e de imagem, diferentemente do que ocorre com os danos causados por atos médicos (Brasil, 2005).

O Ministro Alexandre de Moraes, em seu voto, destaca que compete ao hospital e à equipe médica assegurar que o paciente esteja plenamente informado acerca das possíveis consequências decorrentes da recusa à transfusão de sangue, cabendo ao corpo clínico expor todas as alternativas disponíveis, detalhando os riscos envolvidos em cada uma delas (2024, p. 223).

Após o devido esclarecimento, o paciente deve formalizar por escrito seu consentimento, declarando compreender os riscos inerentes à sua decisão, inclusive aqueles relacionados a complicações que poderiam ser evitadas com a transfusão sanguínea. Esse documento deve ser redigido de forma clara e objetiva, sendo posteriormente arquivado no prontuário médico, a fim de resguardar a equipe de eventuais responsabilidades decorrentes da escolha manifestada pelo paciente (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 223).

Por todo o exposto, cabe às instituições hospitalares assegurarem que os protocolos de informação sejam rigorosamente cumpridos, de modo a garantir que a decisão do paciente tenha sido tomada de forma consciente e esclarecida, sendo fato que a omissão nesse dever de informar ou o desrespeito à recusa expressa pode configurar falha na prestação do serviço, atraindo a responsabilidade objetiva do hospital, seja à luz do Código de Defesa do Consumidor, seja pelo regime do Código Civil.

Uma gestão hospitalar fundada em protocolos claros de consentimento informado e de alternativas terapêuticas, não apenas resguarda a dignidade do enfermo, mas também constitui medida de segurança jurídica para o hospital e para os profissionais de saúde que nele atuam.

4.3.2 A responsabilidade civil do Estado diante da recusa do paciente: o dever do Sistema Único de Saúde e os hospitais públicos

Os danos causados em hospitais públicos ou postos de saúde, conforme a jurisprudência atual, não estão sujeitos à incidência do CDC. Como nos aprofundaremos a seguir, a responsabilidade do Estado é objetiva, nos termos do art. 37, §6º, sendo fundada na teoria do risco administrativo, que comporta as excludentes de responsabilidade civil (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1022).

Esse artigo dispõe que as pessoas de direito público e de direito privado que são prestadoras de serviços públicos, irão ser responsabilizadas pelos danos que os seus agentes ocasionaram a terceiros, com direito a postular futura ação de direito de regresso contra o agente responsável (somente em caso de dolo ou culpa) (Brasil, 1988).

Sob o mesmo viés, Ruy Rosado de Aguiar Júnior defende que hospitais públicos da União, Estados, Municípios e suas empresas públicas, bem como autarquias e fundações, estão submetidos ao tratamento jurídico que o direito administrativo abarca no art. 37, §6 da Constituição (2000, p. 29).

A saúde é um direito previsto dentro da seguridade social (quais sejam: saúde, previdência e assistência social). Dessa forma, é um direito não-contributivo e universal, sendo um direito de todos. O art. 196 da Carta Magna garante ações e serviços público de saúde, que abrangem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (Brasil, 1988).

É um serviço descentralizado, com atendimento integral, possuindo foco em atividades preventivas e financiado pelo orçamento da seguridade social de todos os entes federativos (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1023).

O Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial nº 1.187.456, decidiu que não se aplica o Código de Defesa do Consumidor quando o serviço público é prestado pelo Estado e financiado através de receitas tributárias, haja vista que não se configura uma relação de consumo. Nessa hipótese, se o erro médico for cometido em hospital público, sendo o serviço público prestado pelo Estado de forma direta, somado ao fato de que é custeado por receitas tributárias, não se caracteriza relação de consumo (2010, p. 1)

Em contraste, há quem discorde. Gustavo Tepedino defende a aplicação do Código de Defesa do Consumidor nesses casos, cabendo, ao Poder Público, ingressar, posteriormente, com ação de direito de regresso contra o médico que cometeu o erro (2006, p. 107).

Por sua vez, o Superior Tribunal de Justiça entende que o diploma legal em questão incide na hipótese do serviço ser prestado por concessionária, pois a relação jurídica seria de direito privado e o financiamento é por meio da contraprestação de tarifas, configurando uma relação de consumo (Brasil, 2011).

Logo, para resolver questões atinentes a danos em hospitais públicos ou postos de saúde, invoca-se a Constituição Federal para responsabilizar o Estado (Rosenvald; Farias; Netto, 2025, p. 1024).

O modelo de responsabilização do Estado na ordem jurídica brasileira encontra respaldo no artigo 37, §6º, da CF/88. Esse dispositivo estabelece, por um lado, a responsabilidade objetiva da Administração Pública, fundamentada na teoria do risco administrativo e, por outro ângulo, prevê a responsabilidade subjetiva do agente público que causou o dano, sendo este responsabilizado diretamente perante a Administração (Brasil, 1988)

Assim, a responsabilidade civil do Estado pode ser compreendida como a obrigação das pessoas jurídicas de direito público ou de direito privado, que atuam como prestadoras de serviço público, de indenizar os danos – sejam eles morais ou materiais – causados a terceiros por ação ou omissão de seus agentes, desde que estes atuem nessa condição.

Tal reparação independe da avaliação da existência de dolo ou culpa na conduta do agente, bem como da licitude ou ilicitude do ato causador do dano (Medauar, 2016, p. 433-434).

O primeiro pressuposto do dever de indenizar por parte do Estado é a existência de determinado comportamento. Conforme esclarecido por Sergio Cavalieri Filho, a conduta corresponde ao ato humano voluntário que se manifesta por meio de uma ação ou omissão, gerando efeitos jurídicos. A ação ou omissão representa o elemento físico e objetivo da conduta, enquanto a vontade reflete seu aspecto psicológico ou subjetivo (2014, p. 38).

Marçal Justen Filho destaca que, salvo nos casos em que exista previsão legislativa expressa em sentido contrário, o Estado somente pode ser responsabilizado quando a ação ou omissão que lhe é atribuída for caracterizada como antijurídica (2016, p. 1202).

Essa análise permite concluir que as condutas comissivas ou omissivas não estão vinculadas à licitude ou ilicitude da ação (ou inação) causadora do dano. O aspecto relevante é, na verdade, a ocorrência de um prejuízo a um particular que possa ser atribuído ao Estado.

O segundo pressuposto trata da ocorrência de dano, visto que a presença de um dano, seja ele material ou moral, é indispensável para que surja a obrigação de indenizar (Cahali, 1980, p. 119).

Nesse contexto, para que haja a responsabilidade do Estado pela reparação, a lesão deve ser certa (não eventual), sendo insuficiente a simples ocorrência de um dano patrimonial ou moral atribuível à Administração, ou seja, é essencial que o prejuízo configure um dano jurídico, a saber, uma violação de bem protegido pelo ordenamento jurídico (Mello, 2012, p. 1037).

Por fim, é necessária a existência de nexo causal entre o dano e ação ou omissão, o que Gisela Sampaio da Cruz (2005, p. 22) sustenta ter duas funções: a de critério para estabelecer a extensão do dano e, nesse sentido, definir os parâmetros da indenização e a função de indicar a quem deve ser atribuída a responsabilidade pelo resultado prejudicial.

Francini Byk Giovanella (2018, p. 19) destaca a hipótese de um outro pressuposto: a possibilidade do dano produzido ser atribuído ao comportamento de um agente da pessoa jurídica pública ou privada prestadora de serviço público.

Sergio Cavalieri Filho (2014, p. 292) revela que o Estado será responsabilizado sempre que for possível estabelecer uma relação de implicação mútua entre a atuação administrativa (conduta de seu agente), mesmo fora do exercício estrito da função, e o prejuízo causado a terceiros.

Também se admite a hipótese de responsabilidade civil do Estado advindas de inações dos seus agentes. Para que a omissão seja passível de responsabilização, é necessário que esteja associada a um dever legal de agir, ou seja, o Estado só será responsabilizado quando, diante da obrigação de atuar, mantenha-se inerte, configurando-se assim um comportamento – necessariamente – ilícito (Di Pietro, 2017, p.828).

Em relação ao ato omissivo, o comportamento deve ser ilícito porque, para que haja responsabilidade estatal, pois é indispensável que exista uma expectativa legítima de que o Estado adote determinada conduta com o objetivo de evitar um dano específico. Não é razoável, por conseguinte, atribuir ao Estado o ônus de responder por prejuízos em situações nas quais ele não estava legalmente obrigado a agir (Mello, 2012, p. 1.029).

Oswaldo Aranha Bandeira de Mello (2010, p. 487) explica que não basta existir uma mera conexão entre a omissão do Estado e o dano ocorrido para que se configure sua responsabilidade. A responsabilização estatal exige a presença de um dever legal de agir para evitar o evento danoso.

Ademais, tal dever há de ser presumivelmente suficiente para impedir o dano, mediante uma atuação diligente. Atribuir responsabilidade ao Estado por um dano que ele não

causou, sem a existência de qualquer vínculo racional ou jurídico, seria inadmissível e contrário aos princípios do Direito.

Seguindo esse raciocínio, considera-se a responsabilidade civil subjetiva para imputar ao Estado nos casos de omissão, sendo necessário que se demonstre culpa decorrente de negligência, imprudência ou imperícia na prestação do serviço, ou dolo, caracterizado pela intenção de omitir-se diante de uma obrigação de agir, de modo a impedir o evento lesivo segundo padrões razoáveis de eficiência.

Contudo, parte da doutrina defende a aplicação da responsabilidade objetiva mesmo nos casos de omissão. Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2017, p. 827), por exemplo, sustenta que o terceiro prejudicado deve comprovar apenas a existência de nexo causal entre o ato omissivo e o dano sofrido. Assim como ela, algumas decisões dos tribunais superiores também seguem esse pensamento, o que veremos no capítulo cinco deste artigo.

A divergência sobre a natureza da responsabilidade do Estado nos casos de ato omissivo encontra respaldo no fato de que alguns juristas preferem dividir as omissões em genéricas e específicas (Giovanella, 2018, p. 9), seguindo o entendimento de Sérgio Cavalieri Filho.

Segundo o doutrinador (2008, p. 240), a diferença entre omissão genérica e específica está no vínculo direto entre a inação do Estado e o dano. Na omissão genérica, não há uma obrigação específica de agir para evitar o evento, como quando um motorista embriagado atropela alguém sem que a Administração tenha qualquer participação direta.

Já na omissão específica, estamos diante de um dever especial de agir, em que o Estado deixa de atuar quando tinha o dever claro de impedir o resultado, como no caso de um motorista embriagado liberado por uma patrulha rodoviária. Nesse último caso, o Estado é responsabilizado objetivamente por sua inércia diante de um dever concreto.

Desse modo, a responsabilidade será classificada como subjetiva (omissões genéricas) ou objetiva (omissões específicas). Dependerá de uma avaliação, no caso concreto, para apurar se é necessário identificar culpa ou dolo, atribuindo-se, então, ao Poder Público o dever de indenizar.

Nesse sentido, em hospitais públicos ou postos de saúde, bem como as empresas públicas, autarquias e fundações dos entes federativos, a responsabilização do Estado em caso de omissão nesses estabelecimentos somente resta configurada se for demonstrada a culpa do serviço (Aguiar Júnior, 2000, p. 31).

Sendo assim, quando o paciente, plenamente capaz, manifesta sua recusa à transfusão sanguínea por razões religiosas, o Estado tem o dever de respeitar tal decisão, sob pena de violação direta aos direitos fundamentais à liberdade religiosa, à dignidade da pessoa humana e à autodeterminação.

O descumprimento desse dever, com a imposição compulsória do tratamento, configura não apenas afronta constitucional, mas também hipótese de responsabilidade civil estatal.

Rememorando o voto do Ministro Relator Gilmar Mendes, o Supremo Tribunal Federal foi unânime ao decidir que não há o que se falar em responsabilidade civil do Estado, bem como o seu agente responsável, em razão de danos sofridos pela ausência de transfusão de sangue, desde que sejam adotados todos os mecanismos aceitos pelo paciente (2024, p. 45).

Anteriormente, a Corte já havia reconhecido a obrigação que o Poder Público tem de promover políticas públicas para determinados grupos, em razão do reconhecimento do direito à liberdade religiosa, essencial ao cidadão, nos temas 386 e 1.021.

O Ministro Flávio Dino tece, em seu voto vogal, que o Estado deve se responsabilizar pelo tratamento alternativo, visto que, caso contrário, somente os cidadãos que possuem grande poder aquisitivo conseguiriam exercer a autonomia da sua escolha pessoal com base em suas próprias convicções (2024, p. 72).

Ele se posiciona no sentido de que as escolhas sobre quais tratamentos são válidos ou possíveis, devem ser feitas por autoridade e profissionais que possuem legitimidade técnica e qualificação científica para isso, e não simplesmente pela vontade individual do paciente, sem critérios ou fundamentos. Para tanto, a seleção de tratamentos médicos distintos dos que utilizam sangue de terceiros deve respeitar os parâmetros estabelecidos por especialistas e órgãos competentes, sendo o oferecimento dos demais tratamentos limitados àqueles que são ofertados pelo sistema público de saúde (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 72).

Assim, Cristiano Zanin, em seu voto vogal, reconhece a imposição ao Poder Público da adoção de tratamento específico a determinados grupos religiosos, em respeito às suas legítimas convicções, desde que tal medida não resulte em encargo demasiado ou desproporcional para administração pública.

Por fim, o Ministro Alexandre de Moraes entende que o paciente Testemunha de Jeová tem direito a submissão de procedimento alternativo que esteja disponível no Sistema Único de Saúde, em seguimento aos parâmetros definidos no Tema 1234 da Egrégia Corte, podendo, se necessário, recorrer a tratamento fora de domicílio (2024, p. 245).

O Presidente Ministro Luís Roberto Barroso frisa que isso é um dever do Sistema Único de Saúde, e não uma faculdade discricionária. Portanto, cabe ao SUS garantir o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), haja vista que, se assim não for, apenas aqueles com condições financeiras (capazes de custear passagens, hospedagem e, eventualmente, atendimento em hospital privado) serão efetivamente beneficiados pela decisão do Supremo (2024, p. 49).

Esse tratamento constitui uma prestação do Sistema Único de Saúde destinada a assegurar que o paciente tenha acesso a procedimento e terapias especializadas que não se encontrem disponíveis em seu município de residência (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 243).

Por possuir previsão na Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde, o Poder Público já reconhece, em determinadas situações, a necessidade de arcar com as despesas de deslocamento de pacientes para unidades hospitalares mais adequadas ao tratamento requerido (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 119).

Nesse sentido, a omissão do Estado em fornecer alternativas terapêuticas já reconhecidas pela literatura médica também pode configurar falha na prestação do serviço público de saúde, tratando-se de omissão específica. Nessa hipótese, aplica-se a responsabilidade objetiva estatal, pois a não disponibilização de meios alternativos incluídos no SUS acarreta dano concreto ao paciente que, por razões de seguimento da sua crença, não pode se submeter à transfusão alogênica.

O Ministro Flávio Dino reconhece a obrigação do Poder Público de arcar com tratamento alternativo, bem como com o Tratamento Fora de Domicílio, que somente alcança aqueles disponibilizados e incorporados pelo sistema de saúde público (2024, p. 74).

Como pontuado anteriormente, discussão sobre a recusa de transfusões de sangue não deve ser vista apenas sob a ótica da liberdade religiosa, mas também como um estímulo ao aprimoramento das práticas médicas que devem ocorrer mediante o fomento do Estado, em razão da existência de procedimentos alternativos que se revelam, em muitos casos, mais eficazes e seguros do que a própria transfusão de sangue alogênico.

Esse movimento de propagação de terapias menos invasivas e mais avançadas, não apenas valoriza a dignidade do paciente, mas também contribui para o sistema de saúde, uma vez que, caso realmente adotado, a redução da dependência das transfusões alivia a pressão de demanda sobre os hemocentros, cuja realidade de escassez de sangue é notória.

Não são raras as situações em que vidas se perdem por ausência de estoques adequados, quando poderiam ter sido preservadas mediante o uso de técnicas alternativas já validadas pela ciência. Ou seja, mais do que uma questão de liberdade religiosa, o respeito à recusa transfusional projeta-se como um incentivo à evolução da medicina, à racionalização dos recursos e à construção de um modelo de saúde mais eficiente, humano e em compatibilidade com os avanços científicos contemporâneos.

Esse viés de pensamento é compatível com o posicionamento tecido no voto-vogal conjunto, no qual restou esclarecido que a acomodação da recusa transfusional mostra-se plenamente razoável, sobretudo porque o Sistema Único de Saúde já possui meios de adaptar sua rede às demandas religiosas, contemplando alternativas ao modelo tradicional, como a transfusão autóloga (com sangue do próprio paciente), o uso de fármacos incluídos nas listas oficiais e a adoção de tecnologias que reduzem a perda sanguínea no intraoperatório e potencializam a recuperação do sangue autólogo (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 305).

A progressiva superação de práticas médicas menos eficazes, além de mitigar escolhas pessoais trágicas decorrentes da imposição da transfusão alogênica, fortalece o acesso universal, igualitário e oportuno ao sangue seguro, independentemente das convicções religiosas, o que concretiza comandos constitucionais, como a política de redução de riscos à saúde e a promoção da eficiência administrativa (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 306-307).

A iniciativa do hospital universitário da Unifesp já demonstra esse avanço, haja vista que implementa práticas de *Patient Blood Management* (PBM) em determinadas áreas. Dessa forma, assegura-se aos integrantes da minoria religiosa Testemunhas de Jeová o direito à acomodação razoável de sua recusa à transfusão de sangue alogênico, cabendo ao Poder Público garantir o respeito ao consentimento informado e a disponibilização de alternativas terapêuticas, sem prejuízo da paulatina expansão do programa de PBM em todo o território nacional (Supremo Tribunal Federal, 2024, p. 307).

Entende-se que a responsabilidade civil do Estado em casos de recusa transfusional por Testemunhas de Jeová pode emergir tanto de uma ação ilícita (imposição de transfusão contra a vontade expressa) quanto de uma omissão específica (não oferta de alternativas terapêuticas adequadas no SUS).

Nas duas hipóteses, a indenização se impõe como mecanismo de tutela da dignidade e de concretização dos direitos fundamentais, cabendo ao Poder Público não apenas reparar o dano, mas sobretudo estruturar políticas de saúde que conciliem eficiência administrativa com o respeito à autonomia privada dos pacientes.

4.3.3 Os desafios do reconhecimento do direito a tratamentos alternativos

Diante do reconhecimento da autonomia privada, surge um impasse: como o Estado deve viabilizar e custear tratamentos alternativos reconhecidos por direito? É preciso entender como as obrigações decorrentes do direito de recusa e da autonomia privada do paciente se concretizam nas esferas pública e privada dos hospitais, haja vista que essa questão cria desafios para a sua plena efetivação e concretização na realidade brasileira.

Ressalta-se que esse trabalho não se aprofunda em discussões como a reserva do possível e a escassez de recursos públicos, de maneira que o objetivo, nesse tópico, é discorrer sobre os desafios em reconhecer o direito a outros tratamentos face à recusa terapêutica.

É certo que o Supremo Tribunal Federal, em sede de julgamento do Tema nº 1069, entendeu que é dever do Sistema Único de Saúde assegurar o acesso aos tratamentos alternativos disponíveis no seu sistema, bem como, em decorrência da decisão do Tema nº 952, possui o dever de assegurar o Tratamento Fora de Domicílio.

A fixação da tese de repercussão geral estudada nesse trabalho é de extrema relevância para a consolidação da autonomia do paciente no ordenamento jurídico brasileiro, sendo um *decisum* que reafirma valores constitucionais que corroboram para a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana prevista na Constituição Federal de 1988.

Contudo, a concretização prática do direito a procedimentos alternativos à transfusão sanguínea ainda enfrenta lacunas e desafios relevantes, notadamente no que se refere à disponibilização desses outros meios, tal como a falta de estrutura da maioria dos hospitais e unidades de saúde espalhadas pelo país.

Isso porque a transfusão sanguínea é um procedimento amplamente conhecido e consolidado na prática médica, sendo disponível em todo o território nacional. Diferente da realidade dos métodos alternativos, que ainda não estão devidamente implementados, como bem podemos notar pelo fato de que a OMS recomenda a implementação do *Patient Blood Management* (PBM) e o Brasil ainda não o incorporou de forma efetiva.

O PBM, mencionado no julgamento do Tema nº 1069 e reconhecido como alternativa eficaz às transfusões, com resultados comprovados na redução de custos e mortalidade, não só para pacientes Testemunhas de Jeová, mas para a sociedade como um todo. Entretanto, a aplicação desse programa ainda é incipiente no Brasil.

Acredita-se que, com a implementação plena desse programa, o acesso aos meios alternativos será mais uniformizado no país.

Uma das preocupações manifestadas pelos ministros, em especial pelo Ministro Flávio Dino, quando tratavam do custeio do Tratamento Fora de Domicílio foi a de, caso o Supremo Tribunal Federal não determinasse que o SUS custeasse integralmente o tratamento, somente os cidadãos com maior poder aquisitivo iriam se beneficiar da decisão, excluindo aqueles que não possuem condições de arcar com todo esse custo (a maioria da população brasileira).

Do mesmo modo, é fato que a maioria dos procedimentos médicos alternativos são restritos a centros hospitalares com maior estrutura, aparato tecnológico e equipe especializada, havendo uma desigualdade de acesso entre as pessoas que detém capacidade financeira alta (e podem recorrer à saúde suplementar) e as pessoas que dependem do Sistema Único de Saúde, notadamente oriundos das regiões mais carentes do país.

Nesses pequenos municípios não se encontram, inclusive, hospitais, e sim postos de saúde básicos, sem estrutura adequada ou equipamentos e medicamentos capazes de viabilizar técnicas alternativas. Nesse ponto, o direito ao tratamento alternativo não encontra condições reais para ser efetivamente exercido, embora seja um direito reconhecido juridicamente.

Isso reforça a necessidade de políticas públicas voltadas para a redução da desigualdade do acesso à saúde, uma vez que é um direito de todos e dever do Estado.

Outro ponto que ultrapassa a questão do Estado e dos hospitais diz respeito à formação dos profissionais de saúde no Brasil.

A concretização do direito aos tratamentos alternativos, somado ao que foi exposto acima, exige que médicos e equipes multiprofissionais dominem o manuseio e as técnicas dos tratamentos alternativos à transfusão de sangue alogênico, o que requer treinamento específico, atualização constante e adequação curricular nas faculdades de medicina.

Além disso, é necessário quebrar a barreira do preconceito presente em parte da comunidade médica em relação aos pacientes Testemunhas de Jeová, que são vistos frequentemente como difíceis de lidar e resistentes aos protocolos convencionais. Esse comportamento revela um resquício do antigo modelo paternalista que subordina a vontade do paciente à decisão médica, como se esse profissional de saúde fosse intocável e de decisão inquestionável. Superar isso implica em uma mudança de cultura no exercício da medicina, pautada no cuidado e no respeito à autonomia privada e nas convicções individuais de cada pessoa.

Pelo exposto, o desafio não se resume apenas ao investimento estatal, mas também envolve uma transformação no ensino e na prática médica.

É preciso incorporar, na formação dos profissionais de saúde, os princípios da bioética, do biodireito e dos direitos fundamentais do paciente, garantindo que a autonomia seja efetivamente compreendida como expressão da dignidade humana e não como um empecilho ao exercício da medicina.

5 CONCLUSÃO

É notório que a recusa à transfusão sanguínea por Testemunhas de Jeová está longe de constituir mera expressão individual de vontade, revelando ser um problema jurídico de elevada densidade constitucional, haja vista que a colisão entre o direito à vida e a autonomia da pessoa humana exige que a interpretação do ordenamento jurídico supere visões limitadas e reconheça que viver dignamente pressupõe a possibilidade de decidir sobre o próprio corpo, inclusive em situações de risco extremo.

O Supremo Tribunal Federal, ao fixar a tese do Tema 1069, sedimentou um marco na construção jurisprudencial brasileira: a vida, enquanto valor constitucional, não pode ser interpretada no seu escopo puramente biológico, mas deve ser compreendida em sua dimensão qualitativa, que abarca valores, crenças e convicções pessoais.

Nesse sentido, admitir que o Estado imponha compulsoriamente transfusões sanguíneas em pacientes adultos e capazes equivale a negar-lhes o direito de viver conforme sua consciência, o que não proporciona o efetivo exercício do direito fundamental que é a dignidade da pessoa humana.

No ponto de vista do direito constitucional, verifica-se que a dignidade da pessoa humana ocupa posição nuclear no ordenamento jurídico, constituindo fundamento do Estado Democrático de Direito. Desse princípio derivam a autonomia, a liberdade religiosa e a inviolabilidade da consciência, valores estes que, embora possam colidir com a proteção à vida, exigem ponderação conforme a realidade concreta.

Para o estudo do direito médico e da bioética, verificou-se que o consentimento informado representa a principal ferramenta de concretização da autonomia, assegurando que as escolhas do paciente sejam livres e conscientes, com a igual consideração, também, das diretivas antecipadas de vontade.

Foi reconhecido a validade do documento de identificação das Testemunhas de Jeová, as carteirinhas, bem como qualquer outro documento que expressa, inequívoca e claramente, que o indivíduo não deseja submeter-se à transfusão de sangue.

Tratando-se de paciente maior e plenamente capaz, a manifestação da sua vontade deve ser reconhecida como legítima e dotada de plena eficácia jurídica. Do mesmo modo, o paciente que estiver temporariamente impossibilitado de expressar sua vontade, mas portar declaração prévia de vontade por ele formulada, também deve ter a sua recusa rigorosamente respeitada pela equipe médica, sob pena de eventual responsabilização ética, civil ou penal.

Na hipótese de o paciente estar inconsciente e não portar nenhuma diretiva, o médico precisa atuar em prol do direito à vida e à saúde do enfermo, sendo aplicado o instituto do “consentimento presumido”.

No que tange à criança e ao adolescente, a recusa terapêutica exige a aplicação do princípio do melhor interesse do menor. Isso não exclui completamente a manifestação da criança ou do adolescente, tampouco o poder decisório dos pais, mas sim busca equilíbrio entre a Constituição e o Estatuto da Criança e do Adolescente, haja vista que esse grupo ainda possui o direito de se submeter a tratamentos alternativos, quando esta for a melhor opção sob a ótica técnica do médico.

Em caso de recusa da criança ou adolescente, o médico precisa reunir esforços para salvar a vida do enfermo, ainda que implique em realizar a transfusão sanguínea.

Com efeito, a vida não pode ser compreendida, exclusivamente, pela mera dimensão biológica. Uma vida prolongada contra a vontade do indivíduo, em desrespeito às suas convicções mais íntimas, equivale a uma existência desprovida de dignidade. A laicidade do Estado, longe de significar indiferença, impõe neutralidade e respeito às diferentes crenças, permitindo que cada cidadão viva em conformidade com os valores que eleger como centrais para sua existência.

A recusa terapêutica, quando exercida de forma inequívoca, consciente e esclarecida, constitui expressão legítima da liberdade em sua acepção mais radical: a de poder viver (ou morrer) segundo os próprios valores. Reconhecer essa prerrogativa significa afirmar que a Constituição de 1988 não tutela apenas a manutenção da vida em abstrato, mas sobretudo a vida digna, plena e autêntica.

Além disso, todo o movimento realizado pela comunidade das Testemunhas de Jeová é um convite para a evolução do ensino da medicina, de modo que a recusa de transfusão de sangue alogênico não deve ser compreendida apenas como obstáculo, mas como oportunidade de aprimoramento científico e pedagógico.

Os procedimentos alternativos, já reconhecidos como eficazes e menos invasivos, refletem a necessidade de revisão e refinamento das práticas clínicas e dos protocolos hospitalares, para que essas técnicas não permaneçam como um “segundo plano”, e sim como a primeira opção de tratamento, sendo benéfico não só para as Testemunhas de Jeová, mas também para toda a sociedade.

Nesse contexto, a concretização prática do direito ao acesso a esses métodos alternativos enfrenta grandes desafios, notadamente quanto à disponibilidade desses

tratamentos e a falta de infraestrutura hospitalar, que é a realidade de muitos Estados e Municípios brasileiros.

A maioria dos estabelecimentos de saúde carece de estrutura, tecnologia e equipe médica capacitada para empregar meios substitutivos à transfusão de sangue, o que revela uma desigualdade no acesso entre pacientes do sistema público e da rede privada.

Somado a isso, há também barreiras culturais e defasagens educacionais, evidenciadas pela falta de formação específica dos profissionais de saúde e pelo preconceito que ainda existe em relação aos pacientes Testemunhas de Jeová.

Isso demonstra que o debate inaugurado por essa comunidade religiosa não se esgota na esfera da liberdade religiosa, mas serve como impulsionador para a modernização da prática médica e para a promoção de uma medicina mais humana, racional e eficiente, em que os procedimentos alternativos se consolidam como primeira opção terapêutica diante da comprovada superioridade em termos de segurança e resultados clínicos.

Em última análise, a reflexão aqui proposta convida as comunidades jurídica e médica, bem como toda a sociedade, a compreender que a dignidade da pessoa humana não se resume à sobrevivência física, mas se concretiza na possibilidade de cada indivíduo conduzir seu destino. O respeito à recusa transfusional das Testemunhas de Jeová, nesse cenário, é mais do que um reconhecimento religioso: é a reafirmação de que a liberdade e a dignidade constituem os alicerces inegociáveis de uma democracia constitucional, o que torna a decisão do Recurso Extraordinário nº 1.212.272 um grande marco na história do direito brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABREU, Catarina Maria Pedro. **As regras de obtenção do consentimento para intervenções médicas em menores: o significado da Gillick cometece e a possível adoção da figura em Portugal**. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstreams/6a0805a5-5803-446a-bd70-cfb18369c5d9/download>. Acesso em 18 ago 2025.

AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de. **Responsabilidade civil do médico**. In: Direito e medicina: aspectos jurídicos da Medicina, Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

AMARAL, Francisco. **Direito civil: introdução**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

ANDORNO, Roberta, **A noção paradoxal de dignidade humana**. Revista Bioética. Brasília, v. 17, n. 3, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/509/510. Acesso em 30 set. 2025.

AZEVEDO, Álvaro Villaça. **Autonomia do paciente e direito de escolha de tratamento médico sem transfusão de sangue: mediante os atuais preceitos civis e constitucionais brasileiros**. Parecer. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/pe%C3%A7as%20jur%C3%ADdicas/52859/autonomia-do-paciente-e-direito-de-escolha-de-tratamento-medico-sem-transfusao-de-sangue-mediante-os-atuais-preceitos-civis-e-constitucionais-brasileiros>. Acesso em: 31 ago. 2024.

BARAÚNA JR., Haroldo V. **Documentos médicos eletrônicos: uma abordagem sobre seus efeitos jurídicos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

BARROSO, Luis 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/wp-content/uploads/2023/09/testemunhas-jeova-sangue.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2025.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Direito de recusa dos pacientes, de seus familiares ou dependentes, às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas**. Parecer, 23 nov. 2000. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/crianca/Pagina/Revista-Igualdade-XXXV-ESTU-Celso-Ribeiro>. Acesso em 30 set. 2025.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7 ed. New York: Oxford University Press, 2012.

BELINGUER, Giovanni. **A ciência e a ética da responsabilidade**. In: NOVAES, Adauto (org.). O homem-máquina: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

BERGSTEIN, Gilberto. **A informação na relação médico-paciente**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em 29 set. 2025.

BRASIL. Código Civil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 12 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 40 do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 14 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental no Agravo n. 1.398.696/RJ. Relator: Ministro Castro Meira. Julgado em 3 nov. 2011, Segunda Turma. Diário da Justiça eletrônico: Brasília, DF, 10 nov. 2011. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/21047372>. Acesso em 29 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 258.389/SP. Relator: Ministro Fernando Gonçalves. Julgado em 16 jun. 2005, Quarta Turma. Diário da Justiça: Brasília, DF, 22 ago. 2005. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/71874>. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.187.456/RJ. Relator: Ministro Castro Meira. Julgado em 16 nov. 2010, Segunda Turma. Diário da Justiça eletrônico: Brasília, DF, 1 dez. 2010. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ITA?seq=1018909&tipo=0&nreg=201000330585&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20101201&formato=PDF&salvar=false>. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 859.376/PR. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Julgamento em: 17 abr. 2024. Tribunal Pleno. Publicado em: DJe,

divulgação 9 dez. 2024, publicação 10 dez. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4690513&numeroProcesso=859376&classeProcesso=RE&numeroTema=953>. Acesso em 30 set. 2025.

CAHALI, Yussef Said. **Dano e Indenização**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1980.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada**. v.1. 4. ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

CICCO, Maria Cristina. **Atos de disposição do próprio corpo entre autonomia e dignidade da pessoa humana**. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/93>. Acesso em: 30 set. 2025.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. **Enunciado n. 6: Jornada de Direito Civil**. Disponível em: <https://www.cif.jus.br/enunciados/enunciado/652>. Acesso em: 10 mai. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 4 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 27 set. 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 2.232, de 16 de setembro de 2019**. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 15 mai. 2025

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS. **Parecer CRM-MG nº 103/2018. Belo Horizonte, 13 jul. 2018**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2018/103_2018.pdf. Acesso em: 27 set. 2025.

CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Jehovah's Witnesses of Moscow v. Russia**. HUDOC, 10 jun. 2010. Disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-99221>. Acesso em: 7 set. 2025.

COSTA E FONSECA, Ana Carolina. **Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: uma discussão filosófica**. Revista Bioética, Brasília, v. 19, n. 2, p. 485-500, 2011. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn:urn:lex:br:rede.virtual.bibliotecas:artigo.revista:2011;1000931931>. Acesso em: 31 mai. 2025.

COSTA NETO, João. **Dignidade humana: visão do Tribunal Constitucional Federal Alemão, do STF e do Tribunal Europeu**. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 36).

CRUZ, Gisela Sampaio da. **O Problema Do Nexo Causal Na Responsabilidade Civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 30. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

DURÁN, Maria Ángeles. *La calidad de muerte como componente de la calidad de vida*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Madrid, 2004. Disponível em: <https://reis.cis.es/index.php/reis/article/view/392/564>. Acesso em: 31 mai. 2025.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FABBRO, Leonardo da Silva. **Documentos médicos**. Revista da AMRIGS, Foro Alegre, 2010.

FADEN, Ruth R.; BEAUCHAMP, Tom L. **A history and theory of informed consent** Oxford: Oxford University Press, 1986. p. 87

FERREIRA, Ana Luiza Veiga; VIEIRA Marcelo de Mello. **O melhor interesse e a autonomia progressiva de crianças e adolescentes**. Revista de Direito da Infância e da Juventude, v. 2, p. 233-259, 2013.

FILHO, Marçal Justen. **Curso De Direito Administrativo**. 12. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

FILHO, Sérgio Cavalieri. **Programa De Responsabilidade Civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

FILHO, Sérgio Cavalieri. **Programa De Responsabilidade Civil**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

FONSECA, Ana Carolina da Costa. **Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: uma discussão filosófica**. Revista Bioética, v. 19, n. 2, 2011. Disponível: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/641/668. Acesso em: 23 out. 2024.

FÜRST, Henderson. **Teoria do Biodireito**. Belo Horizonte, Minas Gerais: Letramento, 2023.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

GILLICK v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority, 1985. Disponível em: <https://www.cirp.org/library/legal/UKlaw/gillickvwestnorfolk1985/>. Acesso em 19 ago. 2025.

GIMENES, Nilson Roberto da Silva. **O direito de objeção de consciência às transfusões de sangue**. **Dissertação (Mestrado em Direito)** - Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10704>. Acesso em 30 set. 2025.

GIOVANELLA, Francini Byk. **Responsabilidade Civil Do Estado Por Omissão Legislativa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais) –

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Direito, Porto Alegre, 2018.
Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/190232>. Acesso em: 30 set. 2025.

HERINGER, Astrid. **O respeito às deliberações do paciente através do consentimento informado.** In: Revista Univale NEJ, v. 15, n. 1, 2010.

HESSE, Konrad. *Grundzüge des Verfassungsrecht der Bundesrepublik Deutschland*. 20. ed. Heidelberg: C. F. Müller, 1995.

HIPÓCRATES. **O Juramento.** In: Hipócrates. Aforismos. Tradução: José Dias de Moraes. Coleção A Obra-Prima de Cada Autor. São Paulo: Editora Martin Claret, 2007.

MABTUM, Matheus Massaro. **O reconhecimento da possibilidade jurídica de recusa à transfusão de hemoderivados por convicção religiosa: Tema 1.069 do Supremo Tribunal Federal.** Revista Jurídica Cesumar, Maringá, 2025. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/13925/8215>. Acesso em 14 set. 2025.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARIOREZZI, AL; PIERIK, MG. *Quadruple major joint replacement in member of Jehovah's Witnesses. No blood products, autotransfusion or substitutes used.* Orthop Rev. 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3453480/>. Acesso em 18 out. 2025.

MARTINS, Rosa. **Responsabilidades parentais no século XXI: a tensão entre o direito de participação da criança e a função educativa dos pais.** In: **Cuidado e vulnerabilidade.** PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de (Coord.). São Paulo: Atlas, 2009.

MEDAUAR, Odete. **Direito Administrativo Moderno.** 20. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

MEIRELLES, Ana Thereza; LINS-KUSTERER, Liliane. **Pressupostos fundamentais da recusa a tratamento médico na assistência à saúde.** Revista da AGU, Brasília, DF, v. 19, n. 4, p. 69-90, out./dez. 2020. Disponível em: <https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/2700>. Acesso em: 31 mai. 2-25.

MEIRELLES, Ana Thereza; FERNANDES, Lyellen. **A recusa a tratamento médico por convicção religiosa e a teoria do menor maduro: uma análise à luz do sistema jurídico brasileiro.** Revista Científica da FASETE, Paulo Afonso, v. 1, 2019. Disponível em: <https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2019/21/arecusaatratamentomedicoporconviccaoreligiosaateoriadomenormaduro.pdf>. Acesso em: 10 mai 2025.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso De Direito Administrativo.** 29. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

MELLO, Oswaldo Aranha Bandeira de. **Princípios Gerais De Direito Administrativo.** São Paulo: Malheiros, 2010. V. II,

MENDES, Gilmar; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional.** 10. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

MERGULHÃO, Maria Fernanda Dias. **Transfusão de sangue e Testemunhas de Jeová no Direito**. Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em:

https://www.mprj.mp.br/documents/20184/7831036/maria_fernanda_dias_mergulhao_rmp_958.pdf. Acesso em 14 set. 2025.

MORAES, Reinaldo Santos. **A teoria do "menor maduro" e seu exercício nas questões referentes à vida e à saúde: uma apreciação da situação brasileira**. 2011. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA. **Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (Carta de Banjul), 1981**. Disponível em: <https://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>. Acesso em: 3 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segurança e disponibilidade do sangue**. 30 de maio de 2025. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>. Acesso em 18 out. 2025.

PIEROTH, Bodo; SCHLINK, Bernhard. **Direitos fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis de direito civil. Tradução de Maria Cristina de Cicco**. 2.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. **A competência da criança e do adolescente para o exercício do direito à recusa de tratamento médico**. 2010. Tese (Doutorado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: https://bib.pucminas.br/teses/Direito_RibeiroGPL_1r.pdf. Acesso em: 24 mai 2025.

ROSENVALD, Nelson, FARIAS, Cristiano Chaves de, NETTO, Felipe Braga. **Custo de direito civil: Responsabilidade civil**. Volume 3. 12 ed. São Paulo: Editora Juspodivm, 2025.

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

SÁ, Maria de Fátima Freire de, SOUZA, Iara Antunes de. **Termo de consentimento livre e esclarecido e responsabilidade civil do médico e do hospital**. In: Responsabilidade civil e medicina, coordenado por Joyceane Bezerra de Menezes, Luciana Dadalto, Nelson Rosenvald. 9 ed. Indaiatuba, São Paulo: Editora Foco, 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 11. ed. São Paulo: SariaJur, 2022.

SCHRAMM, Fermin Roland; SEGRE, Marco; LEOPOLDO e SILVA, Franklin. **O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia**. Revista Bioética, Brasília, V. 6, n. 1, 2009 Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/321. Acesso em: 31 mai. 2025.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos da personalidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

SILLMANN, Marina Carneiro Matos; SA, Maria de Fátima Freire de. **A recusa de tratamento médico por crianças e adolescentes: uma análise a partir da competência de Gillick**. Revista Brasileira de Direito Civil em Perspectiva, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/direitocivil/article/view/720>. Acesso em: 24 mai 2025.

SILVA, Eduarda Costa. WATANABE, Mariana Borges. **A inviolabilidade do direito à vida e a liberdade religiosa**. Revista ft, 2022. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-inviolabilidade-do-direito-a-vida-e-a-liberdade-religiosa/>. Acesso em 29 out. 2025.

SOURNIA, Jean-Charles. **História da medicina**. Tradução Jorge Domingues Nogueira. Lisboa: Instituto Piaget. 1995.

STANCIOLI, Brunello Souza. **Relação jurídica médico-paciente**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Boletim de jurisprudência estrangeira. Liberdade religiosa**. 10ª edição. 2023. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/jurisprudenciaInternacional/anexo/BJIE102023LiberdadeReligiosa.pdf>. Acesso em 19 out. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário n. 1267879. Repercussão Geral Tema 1103**. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Julgamento em: 17 dez. 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5909870&numeroProcesso=1267879&classeProcesso=ARE&numeroTema=1103>. Acesso em 20 out. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário n. 1.212.272/AL. Repercussão Geral Tema 1069. Inteiro Teor do Acórdão**. Plenário. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgamento em: 25 set. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15372337352&ext=.pdf>. Acesso em 20 out. 2025.

TAKASCHIMA, Augusto Key *et al.* **Dever ético e legal do anestesiologista frente ao paciente Testemunha de Jeová: protocolo de atendimento**. Revista Brasileira de Anestesiologia, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.rba.periodikos.com.br/article/10.1016/j.bjane.2015.03.012/pdf/rba-66-6-637-trans1.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2025.

TAYLOR, Charles. **Multiculturalismo: examinando a política de reconhecimento**. Tradução de Marta Machado. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochardo. **Autonomia existencial**. Revista Brasileira de Direito Civil, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232>. Acesso em 31 mai. 2025.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochardo. **Saúde, corpo e autonomia provada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TEPEDINO, Gustavo. **A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea.** In: Temas de direito civil. Rio de Janeiro: 2006, t. II, p. 83-119

TEPEDINO, Gustavo; BARBOZA, Heloisa Helena; MORAES, Maria Celina Bodin. **Código Civil interpretado conforme a Constituição da República.** v. 1. São Paulo: Editora Renovar, 2004.

TESTEMUNHAS DE JEOVÁ. **Por que as Testemunhas de Jeová não aceitam transfusões de sangue? (Perguntas frequentes).** JW.ORG. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/testemunhas-de-jeova/perguntas-frequentes/por-que-testemunhas-jeova-nao-transfusao-sangue/>. Acesso em: 10 set. 2025a.

TESTEMUNHAS DE JEOVÁ. **Alternativas de qualidade para a transfusão.** JW.ORG. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/brochuras/como-pode-o-sangue/Alternativas-de-qualidade-para-a-transfus%C3%A3o/#footnote1>. Acesso em: 18 out. 2025b.

TESTEMUNHAS DE JEOVÁ. **Rede de Comissão de Ligação com Hospitais para as Testemunhas de Jeová.** 2024. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/informacoes-medicas/comissoes-de-ligacao-com-hospitais/hln/>. Acesso em: 14 set. 2025.

VASCONCELOS, Camila. **Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

VILLELA, João Baptista. **O novo Código Civil Brasileiro e o direito à recusa de tratamento médico.** In: AAW. Estratto da Roma e América. Roma: Mucchi, 2003.

WENDLER, David. *A pragmatic analysis at sunerabulte in curical research Bieethics*, Oxford, v. 31, 2017.