

A responsabilidade civil do médico frente à autonomia do paciente: uma análise sobre os limites do dever de cuidado e o respeito à vontade individual

DOI: 10.31994/rvs.v17i1.1071

Pedro Henrique Guedes Moraes¹

Cristiano José Lemos Szymanowski²

RESUMO

Este artigo científico tem por objetivo analisar a responsabilidade civil médica diante da autonomia privada do paciente, analisando as particularidades deste instituto quando inserido no contexto médico. Para tanto, são abordados conceitos centrais, como o *“Patient Self-Determination Act”*, a objeção de consciência e o termo de consentimento livre e esclarecido, além de serem analisadas decisões jurisprudenciais que ilustram a tensão entre a autonomia do paciente e o dever de cuidado médico. O trabalho foi desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa e método dedutivo, utilizando doutrina, legislação e julgados, com o intuito de oferecer uma análise crítica sobre os limites e alcances da autonomia privada no campo da saúde. Conclui-se, portanto, que a consolidação da autonomia do paciente como valor jurídico deve caminhar em equilíbrio com a responsabilidade civil do médico, de modo a evitar tanto abusos quanto omissões, assegurando a proteção à dignidade da pessoa humana.

PALAVRAS-CHAVE: RESPONSABILIDADE CIVIL. RELAÇÃO MÉDICO-

¹ Graduado em Direito pelas Faculdades Integradas Vianna Júnior – FIVJ. Email: pedro.guedes@cugulaguedes.com.br ORCID: 0009-0006-8634-8340

² Mestre em Direito pela UFF, Advogado e Professor Universitário. ORCID 0000-0002-4242-4261

PACIENTE. AUTONOMIA DA VONTADE. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA.

INTRODUÇÃO

A medicina sempre desempenhou um papel essencial na vida em sociedade, visto que o ser humano sempre buscou formas de preservar sua saúde e obter boa qualidade de vida. Com isso, a relação entre médico e paciente foi se transformando ao longo do tempo. Em um primeiro momento, o médico era visto como uma figura de autoridade quase absoluta, e o paciente apenas aceitava as decisões sobre o tratamento. Com a evolução do direito, da ciência e também com a valorização da dignidade da pessoa humana, o paciente passou a ter mais participação nas decisões sobre sua própria saúde.

Essa mudança influenciou diretamente a responsabilidade civil. Se no passado ela podia ter até caráter corporal, como no Código de Hamurabi, hoje está ligada à ideia de reparação patrimonial. No campo médico, isso significa analisar conduta, culpa, dano e nexo causal, mas também levar em consideração situações mais complexas, como quando o paciente recusa tratamento por motivos pessoais ou religiosos. Nesse cenário, instrumentos como o termo de consentimento livre e esclarecido e legislações estrangeiras, como o *"Patient Self-Determination Act"*, mostram como a autonomia do paciente vem ganhando cada vez mais espaço. Assim, o problema é criado quando, em um caso concreto, deve-se optar pela prevalência de um desses dois institutos.

O objetivo deste trabalho é justamente analisar como se dá a responsabilidade civil do médico diante da autonomia privada do paciente, buscando compreender os limites e alcances dessa autonomia no contexto da saúde. Para isso, serão analisados os principais conceitos ligados à autonomia do paciente e também decisões dos tribunais que mostram, na prática, os conflitos entre o dever legal de cuidado do médico e a liberdade individual do paciente. Embora a responsabilidade civil médica e a autonomia do paciente sejam temas amplamente

tratados pela doutrina de forma isolada, é menos frequente o exame da articulação entre ambos, isto é, do modo como o exercício válido da autonomia repercute sobre a configuração da responsabilidade do profissional, lacuna que este estudo pretende enfrentar.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa e método dedutivo, utilizando doutrina, legislação e jurisprudência, com o objetivo de oferecer uma análise crítica e atual do tema.

O trabalho será estruturado em um capítulo, dividido em três subseções. A primeira tratará da autonomia privada no âmbito médico e do consentimento livre e esclarecido, analisando os requisitos de validade da manifestação de vontade do paciente. A segunda abordará o Patient Self-Determination Act e a objeção de consciência, com destaque para as hipóteses de recusa a tratamento por motivos religiosos. A terceira será dedicada à análise jurisprudencial, examinando decisões dos tribunais brasileiros e a tese fixada pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1069, que hoje orienta a leitura da matéria.

1 A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO FRENTE À AUTONOMIA DO PACIENTE

A responsabilidade civil do médico sempre foi tema de muito debate, sobretudo diante do fato de ter perpassado por grandes mudanças no decorrer da história. Enquanto em tempos mais remotos perdurava um modelo predominantemente pautado em penas corporais, hoje deve-se, necessariamente, verificar a existência de culpa na conduta médica (negligência, imprudência, imperícia e dolo). Diante disso, a responsabilidade civil adquire contornos especiais no âmbito médico.

Dessarte, é imprescindível analisar em que medida o médico será responsabilizado quando confrontado pela autonomia do paciente. Enquanto existe uma forte corrente médica que supervaloriza o juramento de Hipócrates, considerando a vida e o bem-estar algo a ser preservado de qualquer maneira,

existe outra corrente que relativiza este juramento, entendendo que a vida tem uma dimensão muito mais biográfica que biológica (Sá; Naves, 2023, p. 64).

Faz-se necessário, portanto, analisar alguns institutos e conceitos que possam esclarecer como essa responsabilidade irá ocorrer.

1.1 A autonomia privada no âmbito médico e o consentimento livre e esclarecido

É certo que a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato, conforme dispõe o artigo 421 do Código Civil. Assim, fica claro que o Direito Brasileiro se encontra bem distante da época em que a autonomia privada era absoluta, com grande reverência ao *pacta sunt servanda* (Netto, 2025, p. 842).

O contrato de prestação de serviços de saúde, portanto, deve ser analisado de forma constitucional, levando em consideração os princípios da dignidade humana e da autonomia da vontade.

No campo médico e biológico, essa autonomia privada ganha contornos específicos no que se denomina “consentimento livre e esclarecido”, instrumento que assegura ao paciente o direito de participar ativamente das decisões sobre seu tratamento (Sá; Naves, 2023, p. 65).

Hoje em dia, o consentimento livre e esclarecido, geral e preferencialmente é utilizado através de um termo, chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou TCLE. De acordo com Viviane Rosa:

Um TCLE não se confunde e tampouco se mistura com um contrato. Pois um termo de consentimento vem para explicar, consentir e trocar informações importantes, já um contrato é feito para acordar entre as partes as regras dessa relação. No TCLE temos perguntas e respostas, já no contrato há apenas as cláusulas da prestação de serviço. Elementos essenciais do TCLE: Identificação das partes: Inclua dados completos do paciente e, se aplicável, do representante legal, para garantir a correta identificação de todos os envolvidos. Descrição detalhada do procedimento: Especifique o procedimento a ser realizado, evitando informações genéricas que possam gerar mal-entendidos. Riscos e benefícios: Detalhe os possíveis riscos, benefícios e complicações, levando em consideração as condições de saúde do paciente (Rosa, 2024).

Este termo possui tamanha importância que se encontra consubstanciado, também, no Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 2.217/2018), em seus artigos 22 e 24, proibindo o médico de:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Com efeito, um TCLE que cumpra com seus requisitos formais protege tanto o paciente, quanto o médico. A elaboração deste documento deve ser cuidadosa e é essencial para garantir conformidade com as melhores práticas médicas e legais (Rosa, 2024).

Além dos requisitos formais, faz-se mister que o médico faça uma análise subjetiva do paciente, buscando entender o estado e capacidade mental dele.

Dessa maneira, o exercício da autonomia privada, como manifestação humana que pretende possuir efeitos jurídicos, exige requisitos de validade especiais, que complementam àqueles elencados no artigo 104 do Código Civil, sendo eles: informação, discernimento e ausência de condicionadores externos (Sá e Naves, 2023, p. 67)

De acordo com Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p.68):

No momento em que emitir sua decisão, o paciente deve estar esclarecido do diagnóstico, do tratamento mais adequado a se implementar e seus efeitos, positivos e negativos. A decisão deve ser revestida do maior número possível de informações, que devem ser passadas de forma clara e abrangente, avaliando as opções de tratamento, riscos e benefícios.

Porém, não basta apenas que o médico forneça as informações necessárias, sendo imprescindível que se ateste se o nível de consciência do paciente permita que este tome decisões (Sá; Naves, 2023, p. 69).

É indispensável que nas tratativas entre médico e paciente haja uma primazia pela análise da capacidade de discernimento do paciente, que denota o poder de

decisão fundado na maturidade e educação. Isto é, a capacidade específica para consentir no tratamento, pois o seu grau de cognição assim o permite (Stancioli *apud* Sá; Naves, 2023, p. 68).

Desse modo, após o médico fornecer as informações de forma detalhada ao paciente e atestar se o nível de cognição o permite consentir no tratamento, deve-se analisar se existem ou não condicionadores externos que possam prejudicar a tomada de decisão do paciente (Sá; Naves, 2023, p. 68).

Para que a autonomia privada possa ser exercida, esta deve ser desprovida de quaisquer condicionadores externos, isto é, a vontade deve ser livre, não podendo comportar nenhum tipo de vício, seja social, seja do consentimento. Os únicos condicionadores que podem influir na decisão do paciente são os de sua própria consciência (Sá; Naves, 2023, p. 68). De acordo com Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 68):

É claro que, psicologicamente, toda decisão se baseia, e, por isso, é condicionada por vários elementos, internos e externos. Todavia, quando os condicionantes forem externos, sua incidência não deve ser de tal forma direta que induza à tomada de decisão. Esse é, por exemplo, o caso da coação, que em condições de vulnerabilidade do paciente, pode adquirir feições mais sutis.

Assim sendo, é correto afirmar que, para que a manifestação de vontade seja válida, é preciso que o paciente tenha um nível de consciência suficiente para consentir ou dissentir quanto ao tratamento sugerido pelo médico.

Mas há casos em que um paciente pode ter este nível de consciência para a tomada de decisões em outros aspectos da vida, como os patrimoniais e até mesmo em relação a aspectos de sua vida e de seus filhos, mas não ter o discernimento para tomar esta decisão no âmbito médico. Um exemplo dessa discrepância entre os níveis de consciência para cada campo da vida é o de uma mulher anoréxica, casada, mãe e profissional. Neste exemplo, é uma pessoa diligente no trabalho, que cumpre suas funções, que sabe educar o filho e administra, juntamente, a casa com o marido. Mas, quando se olha no espelho, vê uma pessoa gorda, quando, na verdade, está abaixo do peso indicado (Sá; Naves, 2023, p. 69).

Trata-se de uma pessoa que possui capacidade, mas que não possui

competência. De acordo com Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 69), este exemplo é primordial para compreender a distinção entre estes dois conceitos. O conceito de competência não é muito difundido no Brasil, ao contrário do que ocorre nos Estados Unidos, lugar em que o conceito é amplamente aplicado. Segundo Charles M. Culver citado por Maria de Sá e Bruno Naves (p. 69-70):

Provavelmente, a definição mais difundida de competência é também a mais simples, e se limita quase que inteiramente às relevantes habilidades cognitivas do paciente. De acordo com essa definição, um paciente é competente se souber entender e valorizar a informação que o levará a tomar uma decisão. A informação relevante, logicamente, é a 'informação adequada', discutida acima, que é dada ao paciente durante o processo para o consentimento. Se um paciente entende essa informação, e avalia que se aplica a ele, então é competente de acordo com esta definição, e sua decisão subsequente de aceitar ou recusar o tratamento sugerido deve ser respeitada; se ele não entende nem avalia a informação, então ele não é competente e suas decisão não deve ser respeitada (Culver *apud* Sá; Naves, 2023).

Dessa forma, muitos autores afirmam que o mero entender e avaliar a situação médica não é suficiente para abordar todo o necessário, devendo-se incluir, também, o conceito de racionalidade. Para estes pensadores, o paciente que não realizar uma escolha racional de tratamento não possui competência, devendo o médico duvidar de sua decisão e entender que o paciente não é competente (Sá; Naves, 2023, p. 70).

Os médicos que agem dessa forma estão agindo sob a égide do dever da tutela do melhor interesse do paciente (Netto, 2025, p. 855) assumindo uma postura protetiva que, embora possa conflitar com a autonomia individual, busca assegurar que a decisão tomada seja a mais benéfica à saúde e à vida do enfermo. Tal conduta, entretanto, levanta debates éticos e jurídicos relevantes, especialmente quando a escolha do paciente é pautada por convicções pessoais ou religiosas. Nessas situações, o desafio reside em encontrar o equilíbrio entre respeitar a vontade do paciente e cumprir o dever profissional de zelar pelo seu bem-estar, sem incorrer em responsabilidade civil.

Deve-se também ter em mente que, muitas vezes, é a audácia segura do

médico que pode salvar uma vida, enquanto um médico inseguro nada faria. A omissão excessivamente cautelosa pode levar o paciente a um fim trágico (Netto, 2025, p. 852).

Filipe Monteiro, apud Maria de Sá e Bruno Naves, analisou o caso clínico de uma paciente de 53 anos, portadora de paresia das cordas vocais desde os 38, que apresentou infecção respiratória que trouxe complicações ao seu quadro. Ao buscar atendimento em um serviço de urgência hospitalar, foi-lhe indicada intubação ou traqueostomia para alívio dos sintomas. Ainda no atendimento de urgência, a paciente sofreu parada respiratória, sendo submetida à intubação orotraqueal e internada na Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Pneumologia. No quarto dia de internação, já clinicamente estabilizada e lúcida, embora ansiosa, os médicos explicaram a necessidade da traqueostomia, pois a intubação é temporária e poderia agravar sua situação clínica. De um lado, estava a autonomia da paciente, que entendia e avaliava sua condição e demonstrava competência para decidir; de outro, a posição médica pautada pelo princípio da beneficência, segundo o qual a traqueostomia seria o procedimento mais adequado para preservar sua saúde. No décimo dia de internação, a paciente consentiu com a realização da traqueostomia e recebeu alta hospitalar na semana seguinte (Sá; Naves, 2023, p.70-71).

O caso enfatiza a tensão existente entre a autonomia do paciente e o dever médico de agir em seu melhor interesse. Mostra, ainda, que a recusa inicial, mesmo quando consciente e informada, pode colocar o profissional diante de dilemas éticos e riscos de responsabilização, especialmente se a decisão resultar em agravamento do quadro clínico. Situações como essa reforçam a importância de instrumentos jurídicos e contratuais, como o termo de consentimento livre e esclarecido e o seguro de responsabilidade civil médica, capazes de oferecer segurança jurídica tanto ao paciente quanto ao profissional de saúde.

Anos mais tarde, o Supremo Tribunal Federal viria a incorporar parâmetros semelhantes aos analisados neste tópico ao tratar da validade da recusa a tratamento médico, exigindo que a manifestação do paciente seja inequívoca, livre, informada e esclarecida. O tema será retomado adiante, no item 1.3, quando da análise da jurisprudência.

1.2 Patient Self-Determination Act e objeção de consciência

Uma das primeiras formas de manifestação da autonomia privada do paciente, que nos remete a um estudo comparado, foi com a Lei do *Patient Self Determination Act* (PSDA), que significa “Ato de autodeterminação do paciente”, texto normativo que entrou em vigor em 1º de dezembro de 1991 nos Estados Unidos. Este instrumento normativo reconheceu a autonomia privada do paciente, inclusive para recusar tratamento médico. Os centros de saúde, quando da chegada do paciente, deveriam registrar suas opções e objeções de tratamentos em caso de incapacidade superveniente do exercício da própria autonomia. São divididas em três instrumentos: o *living will* (testamento em vida); *durable power of attorney for health care* (poder duradouro do representante para cuidados com a saúde) e *advanced core medical directive* (diretiva do centro médico avançado) (Sá; Naves, 2023, p. 67). De acordo com Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 67):

O ‘*living will*’, ou ‘testamento em vida’ pretende estabelecer os tratamentos médicos indesejados, caso o paciente incorra em estado de inconsciência ou esteja em estado terminal. São mais comuns as disposições sobre recusa de intubação e de ressuscitação (*do not resuscitate orders*). Pelo *durable power of attorney for health care* (poder duradouro do representante para cuidados com a saúde – ou, simplesmente, mandato duradouro) estabelece-se um representante para decidir e tomar as providências cabíveis pelo paciente. A *advanced core medical directive* (diretiva do centro médico avançado) diz respeito ao estado terminal. Por este instrumento o paciente estabelece os procedimentos a que não quer se submeter e nomeia um representante. Trata-se, portanto, de um documento mais completo, voltado para paciente terminais, que reúne as disposições do ‘testamento em vida’ e do mandato duradouro.

Percebe-se, portanto, como a autonomia do paciente vem sendo objeto de textos normativos, inserindo o paciente como partícipe nas tratativas dessa relação. No entanto, é imprescindível que essa mesma autonomia - que, diga-se de passagem, cada vez mais cresce nos dias atuais - seja exercida nos moldes dos requisitos analisados anteriormente. Deve-se sempre levar em conta o conceito de competência, analisando se, de fato, o paciente possui discernimento para consentir

ou dissentir do tratamento, levando em consideração que ele pode, ao mesmo tempo, ser competente para demais atos da vida civil e ser incompetente para decidir sobre os tratamentos médicos a ele propostos.

Um ponto crucial para melhor entendimento sobre o tema é a objeção de consciência. A objeção de consciência encontra-se consubstanciada no próprio direito constitucional à consciência, previsto no artigo 5º, inciso VI, que aduz: “é inviolável a liberdade de consciência” (art. 5º, VI) (Brasil, 1988).

Partindo de um pressuposto lógico e constitucional de que os cidadãos têm direito à liberdade de consciência, é nítido que essa liberdade abrange a possibilidade de aceite ou recusa de tratamentos que violem a liberdade prevista no corpo da Constituição Federal. O exemplo mais comum são os Testemunhas de Jeová, que são um grupo de pessoas que se recusam a receber transfusão de sangue.

Os Testemunhas de Jeová surgiram no final do século XIX na América do Norte, possuindo, hoje, diversos seguidores em grande parte do mundo europeu e sul-americano. Os seguidores dessa religião consideram proibida a transfusão de sangue, baseando-se em algumas passagens da Bíblia, como no livro do Gênesis (9:3-4): “Todo animal movente que está vivo pode servir-vos de alimento. Como no caso da vegetação verde, deveras vos dou tudo. Somente a carne com sua alma – seu sangue – não deveis comer” (Sá; Naves, 2023, p.83). De acordo com Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 83):

Para essa comunidade religiosa, são três as situações possíveis: 1ª) se o médico proceder a transfusão de sangue em um indivíduo contra sua vontade, o Testemunha de Jeová não desrespeitou a própria consciência, razão pela qual não se pode condená-lo; 2ª) se um membro religiosa aceita sangue em um momento de debilidade e arrepende-se posteriormente, há que se lhe oferecer ajuda espiritual; e 3ª) se um Testemunha de Jeová aceitar transfusão de maneira voluntária, sem dúvidas ou pesar, estará desrespeitando princípio moral de sua fé que, voluntariamente, decidiu seguir, razão pela qual deverá ser excluído da organização religiosa. Não obstante tal ato, acaso venha a se arrepender posteriormente, poderá voltar a praticar a fé.

Dessa forma, é imprescindível analisar duas hipóteses de objeção de

consciência, sendo uma a objeção de consciência de paciente capaz e a outra, objeção de consciência de paciente incapaz. Para facilitar a compreensão, a análise será feita levando em consideração a religião dos Testemunhas de Jeová.

De acordo com Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 84), é válida a objeção à transfusão de sangue por parte de pessoas maiores e capazes, sob o fundamento do princípio da autonomia da vontade, mas é indispensável que a manifestação da objeção seja expressa e nunca presumida. Para estes autores, o documento de identidade religiosa representa uma forma expressa de manifestação da vontade e deve ser respeitado. Porém, Júlio César Galán Cortés, citado por Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 84) entende de outra maneira, defendendo que tal documento representa um mero indício da objeção de consciência. Para ele, a oposição à transfusão de sangue deve ser atualizada e não presumida, mesmo que o paciente esteja munido do documento de identidade religiosa, visto que este documento constituiria apenas um indicativo de uma negativa, pois o sujeito pode mudar sua vontade a qualquer momento, principalmente quando a vida está em jogo (Sá; Naves, 2023, p. 84).

Os autores Maria de Sá e Bruno Naves propõem duas situações para melhor entendimento. A primeira, trata-se de paciente maior, capaz e em pleno gozo de suas capacidades mentais, ou seja, está consciente. Neste caso, a vontade do indivíduo deve ser respeitada, e a transfusão de sangue não deve ocorrer (Sá; Naves, 2023, p. 84). Trata-se, portanto, de uma manifestação da autonomia privada livre, sem condicionadores externos e externalizada por pessoa competente, conceitos vistos anteriormente. Desse modo, o médico, ao respeitar a vontade do paciente e não proceder com a transfusão de sangue, não deve ser responsabilizado, por não haver culpa em sua conduta, visto que foi prudente e diligente.

A segunda situação trata-se de paciente que é maior, capaz, mas encontra-se inconsciente (Sá; Naves, 2023, p. 84), ou seja, não pode externalizar sua vontade e não é competente. A opinião dos autores é de que deve haver prova robusta de sua fé religiosa, seja por documento de identificação religioso, seja por meio de declaração firmada pela pessoa, registrada em cartório, ou declaração que tenha

assinatura de duas testemunhas. Neste caso, a transfusão de sangue não deve ocorrer (Sá; Naves, 2023, p. 84) e, conseqüentemente, o médico não deve ser responsabilizado. Caso inexistir prova acerca da crença religiosa do paciente, o ato deve ser praticado (Sá; Naves, 2023, p. 84), e caso o médico não o pratique, deverá ser responsabilizado por negligência. Segundo Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 85):

Ao analisar questões de objeção de consciência, o Tribunal Constitucional alemão vem entendendo que a Lei Fundamental de Bonn trouxe a liberdade como princípio jurídico. Segundo o Tribunal, cada pessoa pode eleger seu modo de vida de acordo com a consciência, que se traduz na liberdade de crença, qualquer que seja ela. A jurisprudência italiana, segundo Galán Cortés, sustenta, em sua maioria, que deve ser reconhecido o desejo expresso de paciente adulto que se recusa a receber transfusão de sangue, ainda que esse ato determine o falecimento da pessoa.

Além disso, também é importante ressaltar como a objeção de consciência de pacientes incapazes ocorre. Trata-se de discussão tormentosa, visto que de um lado temos a religião dos pais que proíbe a transfusão de sangue, enquanto do outro, há o interesse em proteger a criança, que tem proteção especial pelo ordenamento jurídico (Sá; Naves, 2023, p. 87).

Resta claro que, quando analisado o conflito entre autonomia privada e dever de cuidado do médico, aquela deverá prevalecer somente quando não houver perigo de lesão à vida, maior bem jurídico tutelado pelo Estado.

Países como França, Portugal e Espanha entendem que no caso de objeção de consciência dos pais do paciente incapaz, a proteção ao menor deve prevalecer, ou seja, caso a recusa de tratamento seja prejudicial ao incapaz, deve-se protegê-lo (Sá; Naves, 2023, p. 87), e, conseqüentemente, o médico não deve ser responsabilizado, visto que agiu em conformidade com a proteção especial à criança tutelada tanto pelo Estado, quanto pela sociedade. Segundo Carlos María Romeo Casabona, citado por Maria de Sá e Bruno Naves (2023, p. 87):

É unânime a opinião de que o poder familiar não faculta aos pais a tomada de decisões irreversíveis que possam pôr em sério perigo a vida de seus filhos menores ao dar prioridade a outros interesses,

ainda que sejam relevantes e pretendidamente em favor do próprio menor, por exemplo, manter-se tanto os pais como o filho fiéis ao credo religioso professado por aqueles e no que previsivelmente havia sido – ou estaria sendo – educado seu filho.

Cumpre ressaltar que, muito embora a maior repercussão do exercício da autonomia da vontade e objeção de consciência ocorram com os Testemunhas de Jeová, é seguro afirmar que qualquer indivíduo, de qualquer crença, capaz, desde que preenchidos os requisitos de competência, pode dissentir quanto à realização ou não de certos tratamentos, contanto que a objeção do paciente seja inquestionável, absoluta, e não presumida. Preenchidos esses requisitos, o médico que proceder ao tratamento poderá ser responsabilizado. Não preenchidos os requisitos, o médico deverá agir em conformidade com o juramento de Hipócrates, utilizando de sua diligência para salvar o paciente.

Diante desse panorama, observa-se que a objeção de consciência, especialmente em contextos de recusa a tratamentos médicos, não pode ser analisada apenas sob a ótica da autonomia individual ou do dever médico de preservar a vida. É necessário um olhar que integre princípios constitucionais, éticos e jurídicos, de modo a oferecer segurança tanto ao paciente, que deve ter respeitadas suas convicções pessoais ou religiosas, quanto ao médico, que precisa de parâmetros claros para não ser penalizado injustamente por cumprir seu dever profissional. Nesse cenário, a delimitação criteriosa dos requisitos para a validade da objeção de consciência torna-se indispensável para evitar abusos, reduzir conflitos judiciais e fortalecer a relação médico-paciente.

1.3 Análise jurisprudencial

Diante de todo o contexto narrado, faz-se imprescindível analisar a jurisprudência atual em relação ao tema.

Nesse contexto, cumpre registrar que o Supremo Tribunal Federal, em 25 de setembro de 2024, fixou tese de repercussão geral sobre a matéria, por unanimidade, no julgamento do RE 1.212.272 (Tema 1069). Segundo a tese firmada, é permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se

a se submeter a tratamento de saúde por motivos religiosos, sendo tal recusa condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. Cumpridos esses requisitos, o médico não pode impor ao paciente a realização do procedimento por ele recusado, ainda que exista risco de morte, parâmetro que orienta a leitura dos precedentes a seguir examinados.

Não obstante a relevância da tese fixada, cumpre tecer crítica a essa orientação, na medida em que ela parece relativizar a vida como bem jurídico supremo, ao admitir que a autonomia da vontade prevaleça sobre a própria preservação da existência humana em determinadas circunstâncias. Ao permitir que a autodeterminação prevaleça mesmo quando há risco de morte, a vida deixa de ser tutela como o maior bem jurídico. Trata-se de escolha jurisprudencial que, embora prestigie a liberdade religiosa e a autodeterminação do paciente, comporta o risco de esvaziar a proteção constitucional conferida à vida, valor sobre o qual se assentam todos os demais direitos fundamentais.

Apesar disso, antes da fixação desta tese, o entendimento predominante era que a vida deveria ser tutelada a qualquer custo. Vejamos uma importante decisão de um dos Tribunais Regionais Federais:

CIVIL E CONSTITUCIONAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PACIENTE INTERNADO. TRATAMENTO APLICADO PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE. DETERMINAÇÃO JUDICIAL. TRANSFUSÃO DE SANGUE COMPULSÓRIA. RECUSA DA PESSOA ENFERMA. OPÇÃO POR MODALIDADE DIVERSA DE TRATAMENTO. POSSIBILIDADE. OBSERVÂNCIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E À LIBERDADE. DIREITO DE ESCOLHA DA ESPÉCIE DE TRATAMENTO MÉDICO. LEGALIDADE. AGRAVO DE INSTRUMENTO CONHECIDO E PROVIDO. 1. A opção de escolha pela modalidade e características do tratamento médico que lhe pareça mais conveniente, sob os aspectos biológico, científico, ético, religioso e moral, é conduta que possui a natureza de direito fundamento, protegida pelo Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e da Liberdade, na forma preconizada no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal. 2. É lícito que a pessoa enferma e no pleno exercício de sua capacidade de expressão e manifestação de vontade, de modo claro e indubitado, recuse determinada forma de tratamento que lhe seja dispensado, não se evidenciando nesse caso lesão ao bem maior da vida, constitucionalmente tutelado, mas

se configurando, de outro modo, o efetivo exercício de conduta que assegura o também constitucional direito à dignidade e à liberdade pessoal. 3. Com relativa frequência o Poder Judiciário é chamado a dirimir conflitos que remontam a profundos e complexos questionamentos subjetivos e dúvidas existenciais, e dizem respeito à própria finitude humana, contudo, a grande envergadura dessa missão não pode resultar em omissão na direção legal a ser adotada, mas exige pronta e efetiva resposta, que também deve ser erigida à expressão da relevância inserida no conflito de bens caros, essenciais e igualmente agasalhados pela Constituição Federal. 4. Na hipótese dos autos, uma paciente acometida de Leucemia Linfoblástica Aguda - LLA, em razão de sua convicção religiosa (Testemunha de Jeová) e científica - biológica - existência de meios terapêuticos sem os riscos transfusionais-, recusou, mediante declaração escrita e verbal, tratamento médico que prevê a transfusão de sangue, e, optou por tratamento médico diverso e alternativo, firme na preservação de sua dignidade e de suas convicções pessoais e filosóficas ante o evento da vida. Não acolhendo esses fundamentos, foi proferida no processo de origem Decisão antecipatória da tutela que autorizou o procedimento forçado de transfusão sanguíneo, provimento judicial que, no entanto, mereceu reforma nos presentes autos de Agravo de Instrumento. 5. Recurso de Agravo de instrumento conhecido e provido, para o fim de desconstituir, integralmente a Decisão agravada (Brasil, 2016).

Percebe-se que o Tribunal Regional Federal da 1ª Região reformou a decisão de primeiro grau que havia autorizado a transfusão compulsória em paciente Testemunha de Jeová. No caso, os médicos não procederam de imediato ao tratamento, aguardando a manifestação judicial diante da recusa expressa da paciente. O acórdão reconheceu que a vontade clara e inequívoca deve ser respeitada, desde que não se evidencie risco iminente à vida — dando a entender que, caso o quadro fosse de perigo extremo e imediato, o julgador poderia autorizar a intervenção médica forçada.

Importante, também, foi uma decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – Autorização para realização de transfusão de sangue – Recusa da paciente por motivo de crença religiosa (Testemunha de Jeová) – Sentença de procedência da ação principal e improcedência da reconvenção – Apelação dos réus – Alegação de perda do objeto – Falecimento da paciente no curso do feito – Desacolhimento – Concessão de tutela de urgência – Confirmação na sentença – Cabimento – Ilegitimidade passiva da corré que acompanhou a paciente – Afastamento – Corré também assinou o termo de responsabilidade/recusa de tratamento –

Reconvenção – Pleito de indenização por danos morais – Desacolhimento – Paciente internada em estado grave, em choque hemorrágico – Necessidade de transfusão de sangue para estabilização do quadro clínico – Procedimento realizado de acordo com orientação e ética médica, com o fim de evitar óbito da paciente – Inocorrência de ofensa, humilhação, tratamento degradante ou tortura – Direito à liberdade de crença que não prevalece sobre o direito fundamental à vida – Sentença mantida – RECURSO IMPROVIDO (São Paulo, 2024).

Percebe-se que, neste caso, o Tribunal de Justiça de São Paulo manteve a sentença que autorizou a transfusão de sangue compulsória em paciente Testemunha de Jeová, reconhecendo que não houve *error in procedendo* nem violação ao direito à liberdade de crença. O fundamento central do acórdão foi de que o quadro clínico era emergencial, com risco iminente de óbito, de modo que a transfusão era indispensável para a estabilização da paciente. Assim, o tribunal afirmou que o direito à vida prevalece sobre a objeção religiosa quando presente perigo imediato, entendendo que a conduta médica não configurou ilícito nem deu ensejo à reparação civil. Dessa forma, a decisão reforça que a autonomia do paciente encontra limite quando se contrapõe à preservação do bem maior da vida, condição necessária ao exercício dos demais direitos fundamentais.

Ainda assim, subsiste tensão entre a valorização crescente da manifestação inequívoca de vontade do paciente e a tutela judicial pelo bem maior da vida, sobretudo nos casos em que o quadro clínico não permite aferir com segurança se os requisitos da recusa foram preenchidos. Essa tensão gera insegurança residual tanto para o médico, que teme ser responsabilizado caso respeite uma recusa posteriormente questionada, quanto para o paciente, que não tem plena garantia de que sua vontade será respeitada em contextos de urgência. No caso em tela, o julgador assevera que a transfusão de sangue forçada não configura violação ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Por fim, o próximo caso retrata sobre o termo de consentimento:

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. OBRIGAÇÃO DE RESTITUIR VALORES C/C DANOS MORAIS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. I. Caso em Exame 1. Recurso de apelação contra sentença que julgou improcedente o pedido de ressarcimento de

despesas hospitalares e indenização por danos morais. Autor, diagnosticado com câncer, teve cirurgia recusada por hospital por não assinar termo pré-anestésico que incluía consentimento para transfusão de sangue, alegando violação à liberdade religiosa. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se o hospital pode recusar a realização de cirurgia em paciente que, por motivos religiosos, não consente com transfusão de sangue, e se tal recusa justifica o ressarcimento das despesas médicas em hospital particular. III. Razões de Decidir 3. O paciente, plenamente capaz e informado, tem o direito de recusar tratamento médico que contrarie suas convicções religiosas, conforme tese fixada no Tema n.º 1069 do STF. 4. A recusa do hospital em realizar a cirurgia sem o consentimento para transfusão de sangue foi indevida, devendo o réu reembolsar os valores gastos pelo autor em hospital particular. Não cabe indenização por danos morais, pois a recusa do hospital foi um exercício de cautela. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso parcial provido para condenar o réu ao ressarcimento das despesas médicas. Tese de julgamento: 1. Paciente tem direito de recusar tratamento médico por motivos religiosos, desde que plenamente capaz e informado. 2. Hospital deve respeitar a decisão do paciente e não pode recusar tratamento com base na falta de consentimento para transfusão de sangue (São Paulo, 2025).

No caso em tela, o Tribunal enfrentou a recusa de um hospital em realizar cirurgia em paciente diagnosticado com câncer, pelo fato de este não ter assinado termo de consentimento pré-anestésico que incluía a autorização para transfusão de sangue. O paciente, plenamente capaz e consciente de sua decisão, recusou-se a assinar em razão de sua crença religiosa. Diante disso, teve de se submeter ao procedimento em outro hospital particular, buscando posteriormente o ressarcimento das despesas.

A decisão judicial reconheceu que a conduta do hospital foi indevida, pois a recusa em realizar a cirurgia violou o direito fundamental do paciente de exercer sua autonomia de vontade, mesmo em matéria médica, conforme já fixado pelo STF no Tema 1069. Por essa razão, foi determinado o reembolso das despesas médicas ao autor.

É importante destacar que, embora tenha sido reconhecido o dever de indenizar os valores gastos, não se entendeu cabível a reparação por danos morais, pois a conduta do hospital foi interpretada como um exercício de cautela, e não como abuso. Assim, a fundamentação se pautou na afirmação de que o paciente capaz e informado tem o direito de recusar tratamento médico por motivos

religiosos, cabendo às instituições de saúde respeitar tal decisão. Percebe-se, portanto, a insegurança jurídica do hospital, que foi cauteloso ao ponto de não realizar a cirurgia sem a devida assinatura do paciente.

Percebe-se, portanto, que a jurisprudência brasileira ainda oscila entre a prevalência da autonomia privada do paciente e a tutela estatal pelo bem maior da vida. Enquanto decisões como a do TRF-1 e a presente apelação reconhecem a recusa expressa e consciente ao tratamento médico, impondo ao corpo clínico e às instituições de saúde o dever de respeitar a vontade do paciente, outras, como a do TJSP, evidenciam maior preocupação em assegurar a continuidade da vida, ainda que contra a manifestação da autonomia. Essa tensão revela a insegurança jurídica existente, tanto para os médicos, que ficam em dúvida sobre o limite de sua atuação, quanto para os pacientes, que podem ter sua vontade desconsiderada em situações de risco iminente.

Essa ausência de um entendimento consolidado transcende a esfera jurídica e gera implicações práticas deletérias. Para o profissional de medicina, a incerteza fomenta a prática da medicina defensiva, na qual o temor de uma futura responsabilização civil ou criminal pode levar à realização de procedimentos contra a vontade do paciente, não por convicção ética, mas como forma de autoproteção. Para o paciente, a situação é ainda mais grave, pois mina a própria essência da dignidade humana e da autodeterminação, transformando o sujeito de direitos em um objeto passivo do cuidado médico. A relação médico-paciente, que deveria ser pautada na confiança e no diálogo, fica fragilizada por um ambiente de desconfiança e potencial litígio.

Diante deste cenário, a superação do conflito não parece residir em uma simples escolha entre a vida e a autonomia, mas na construção de um caminho que as harmonize. A valorização do consentimento informado, livre e esclarecido surge como instrumento fundamental para conferir maior segurança jurídica a todos. Ademais, a promoção de uma cultura de diálogo no âmbito da saúde, incentivando a deliberação conjunta entre médicos, pacientes e, quando for o caso, familiares, é essencial para que a decisão tomada reflita verdadeiramente os valores e desejos do titular do direito. Cabe ao Direito, portanto, não apenas arbitrar o conflito, mas

também fomentar as condições para que a autonomia do paciente seja exercida de forma consciente e respeitada, sem que isso signifique um abandono do dever de cuidado pelo médico.

CONCLUSÃO

O novo cenário da responsabilidade civil médica demonstra que os elementos deste instituto ganham contornos diferentes quando aplicados à prática médica. A conduta do profissional, o nexo causal e o dano não podem ser avaliados de forma mecânica, mas precisam dialogar com a vontade do paciente. Quando a recusa é consciente e informada, ela pode afastar a responsabilidade do médico; por outro lado, quando há imposição de tratamento contra essa vontade, pode surgir uma violação passível de indenização.

Diante deste contexto, o estudo de institutos como o *Patient Self-Determination Act*, o consentimento livre e esclarecido e a objeção de consciência, além da análise da jurisprudência, mostra que o Direito vem reconhecendo cada vez mais a autonomia do paciente como um valor essencial. Nesse sentido, a fixação do Tema 1069 pelo Supremo Tribunal Federal, apesar de não considerar o direito à vida como bem jurídico supremo, representa um avanço relevante nessa consolidação, ao estabelecer parâmetro vinculante para os casos de paciente capaz e consciente que manifesta recusa religiosa a tratamento médico, o que acarreta, inevitavelmente, em uma maior segurança jurídica nas tratativas entre médico e paciente. Ainda assim, permanecem zonas de instabilidade nas hipóteses que a tese não esgota, como o paciente inconsciente sem diretiva antecipada de vontade, o incapaz e a urgência com risco iminente de morte, situações em que a responsabilidade civil do médico continua dependendo de análise casuística.

No fim, dada a atual omissão do Código Civil no tocante a estas questões peculiares e singulares dessa relação, a responsabilidade civil médica precisa ser lida como um ponto de equilíbrio: de um lado, o dever do médico de agir com cuidado e buscar o melhor resultado; de outro, o direito do paciente de decidir sobre

sua própria saúde. Esse equilíbrio é o que garante, em última instância, a proteção da dignidade da pessoa humana — que deve ser sempre o centro da relação médico-paciente.

ABSTRACT

This scientific article aims to analyze medical civil liability in light of the patient's private autonomy, examining the particularities of this institute when inserted into the medical context. To this end, central concepts are discussed, such as the Patient Self-Determination Act, conscientious objection, and informed consent, in addition to the analysis of judicial decisions that illustrate the tension between patient autonomy and the physician's duty of care. The study was developed through bibliographic and documentary research, with a qualitative approach and deductive method, using doctrine, legislation, and case law, with the purpose of providing a critical analysis of the limits and scope of private autonomy in the field of healthcare. It is therefore concluded that the consolidation of patient autonomy as a legal value must progress in balance with the physician's civil liability, so as to avoid both abuses and omissions, while ensuring the protection of human dignity.

KEYWORDS: CIVIL LIABILITY. DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP. AUTONOMY OF WILL. FREE AND INFORMED CONSENT. CONSCIENTIOUS OBJECTION.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm . Acesso em: 16 mai. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm . Acesso em 4 ago. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Sexta Turma. **Agravo de Instrumento n. 0017343-82.2016.4.01.0000.** Relator: Desembargador Federal Kassio Nunes Marques. Julgado em 16 maio 2016. Publicado em 8 jul. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções 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: 10 ago. 2025

NETTO, Felipe Braga. Novo manual de Responsabilidade Civil. 5. ed. Salvador: JusPodivm, 2025.

ROSA, Viviane. **A importância de um termo de consentimento livre e esclarecido bem estruturado.** São Paulo, 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/413107/importancia-de-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido-estruturado> . Acesso em: 26 ago. 2025.

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

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 4ª Câmara de Direito Privado. **Apelação Cível n. 1015736-61.2024.8.26.0564.** Relator: Desembargador Vitor Frederico Kümpel. Julgado em 26 jan. 2025. Publicado em 26 jan. 2025.



SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 8ª Câmara de Direito Privado. **Apelação Cível n. 1012823-62.2021.8.26.0451**. Relator: Desembargador Benedito Antonio Okuno. Julgado em 3 abr. 2024. Publicado em 4 abr. 2024.

Recebido em 15/05/2026

Publicado em 04/09/2026