CAPÍTULO 5

O DIREITO DO PACIENTE À RECUSA DE TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS

Data de aceite: 09/11/2022

Flávia Siqueira

Doutora em Direito pela UFMG, com período sanduíche na *Universität Augsburg* e estâncias de pesquisa na *Humboldt-Universität zu Berlin*. Pós-doutorado pela UFMG, com pesquisa financiada pelo programa CAPES PrInt. Professora de Direito Penal na Universidade Presbiteriana Mackenzie/SP.

1 | INTRODUÇÃO

A recusa de cuidados em saúde, seja de tratamentos ou de procedimentos médicos, ocorre nas situações em que o paciente capaz, após devidamente informado pelo profissional de saúde, opta livremente por não se submeter à intervenção indicada. Essa negativa de cuidados pode ocorrer por diferentes razões, seja por motivação religiosa (como no caso da recusa de transfusão de sangue de pacientes testemunhas de Jeová); por outros fundamentos *v.g.* de cunho filosófico, ideológico, moral ou referentes ao projeto de vida do paciente; ou até mesmo sem qualquer razão aparente.

Ocorre que, não raras vezes, a não realização do tratamento e/ou do procedimento pode vir a causar danos à saúde ou até mesmo provocar a morte do paciente. Nesses casos, a relação médico-paciente acaba sendo caracterizada por um (suposto) conflito entre *salus aegroti* e *voluntas aegroti*, ou seja, entre a necessidade de proteção, de um lado, do *bem-estar do paciente* (que engloba a sua saúde e a sua vida) e, de outro, da sua *vontade*.

Diante disso, sobretudo nos casos de recusa de tratamentos que podem vir a ter um desfecho fatal ou lesivo à saúde do paciente, questiona-se: pode o médico atuar contra a vontade do paciente capaz, constrangendo-o a ser tratado ou examinado com a finalidade de promover a sua saúde e possivelmente "salvar" a sua vida ou minimizar as consequências da doença? Ou deve o médico respeitar a autonomia expressada por meio da vontade do paciente e não executar o tratamento

ou procedimento? Em outras palavras: possui o paciente o *direito de não ser tratado ou submetido a procedimentos médicos*?

Para responder a esses questionamentos, analisar-se-ão os fundamentos do paradigma ético de respeito à autonomia do paciente (infra 2) para, após, delinear os fundamentos jurídicos do direito do paciente de recusar tratamentos e procedimentos médicos (infra 3). Com base nesses fundamentos, serão esclarecidos os limites do direito de recusa, fundados nos pressupostos de validade da negativa de cuidados em saúde (infra 4), e, por fim, serão delineadas breves conclusões sobre o tema proposto (infra 5).

2 | A ÉTICA DE RESPEITO À AUTONOMIA DO PACIENTE

A chamada *ética hipocrática*, fundamento clássico da ética médica e que pode ser considerada até hoje a expressão de muitos dos ideais da Medicina, coloca o médico em uma posição elevada de garantia do bem-estar do paciente e sequer menciona a relevância da vontade deste de ser tratado[1]. No entanto, se, por um lado, é do interesse da sociedade e do próprio médico prezar pela promoção da saúde e da vida do paciente por meio do tratamento terapêutico, por outro lado, há também um legítimo interesse no respeito à autonomia do paciente e ao seu direito de livre autodeterminação sobre o próprio corpo.

O reconhecimento do direito à autodeterminação, resultado de um processo de emancipação dos indivíduos relativamente a vínculos e condições externas[2] que limitam o exercício da sua liberdade, ensejou uma paulatina mudança de paradigma na ética médica, favorecendo a transição da *ética do cuidado* para a *ética da autonomia*, baseada no *princípio pós-hipocrático da autodeterminação e da autonomia do paciente*[3]. Nessa perspectiva, a vontade do paciente passou a ter prevalência em relação à promoção da saúde e foi erigida à principal orientação da ética médica: *voluntas aegroti suprema lex*![4]

Numa retrospectiva histórica, foram os casos de abuso médico em experimentos com seres humanos ocorridos em especial na Alemanha nazista, mas também nos Estados Unidos, que fizeram com que fosse colocada em xeque a confiabilidade nos padrões éticos da medicina da época, mormente a partir da década de 50[5]. Principalmente o *Código*

1. A respeito, cf. SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina.* São Paulo: Marcial Pons, 2019, p. 43 e ss.
2. KATZENMEIER, Christian. Ärztliche Aufklärung. In: WIESEMANN, Clausia; SIMON, Alfred (Orgs.). *Patientenautonomie:* Theoretische Grundlagen Praktische Anwendungen. Münster: mentis, 2013, p. 92.
3. ROSENAU, Henning, Informed consent - Illusion oder Realität im Medizinrecht?, *in*: *Jahrbuch für Recht und Ethik:* Neue Entwicklungen in Medizinrecht und -ethik. Berlin: Duncker & Humblot, 2016, p. 266.
4. SIQUEIRA, Flávia. Gesundheitsschädigende Patientenaufklärung: Grund und Grenzen einer Entbehrlichkeit der Aufklärung vor Heileingriffen. *Medstra,* v. 3, 2018, p. 154.
5. FADEN, Ruth R.; BEAUCHAMP, Tom L. *A history and theory of informed consent.* Oxford: Oxford University Press, 1986, p. 87. SIQUEIRA, Flávia; KASECKER, Izabele. Consentimento informado, intervenções cirúrgicas e esterilização involuntária: reflexões a partir do caso I.V. vs. Bolívia. *RBCCrim*, v. 152, 2019, p. 70.

de Nuremberg de 1947[6] e a *Declaração de Helsinque sobre a investigação médica* de 1964, editada pela Associação Médica Mundial, representaram o rompimento com a ética tradicional e a ascensão de um novo paradigma no contexto pós-guerra, fundado na exigência do *consentimento*. Ambos os documentos, no entanto, vinculavam-se tão somente à investigação clínica[7].

Em 1981, foi consagrado a nível internacional o reconhecimento da autonomia do paciente referente a todo e qualquer tratamento médico, por meio da *Declaração de Lisboa sobre os direitos do paciente*, o que foi corroborado posteriormente pela *Convenção de Direitos Humanos sobre Biomedicina* do Conselho da Europa de 1997 e pela *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO* de 2005.

Mas, afinal, em que consiste a autonomia e por que é tão importante que ela seja respeitada num contexto democrático liberal? Numa primeira aproximação, a ideia fundamental do conceito[8] de autonomia pode ser depreendida da própria etimologia do termo: enquanto junção das duas palavras de origem grega *autos* ("si mesmo") e *nomos* ("norma, lei")[9], *autonomia* significa a *determinação das suas próprias regras*[10] e, assim, é característica do indivíduo que traça e segue seus próprios planos e concretiza a sua vida a partir dos seus próprios ideais. No plano jurídico, a autonomia é concretizada, em especial, a partir do direito de autodeterminação, de autogoverno, de independência. A autonomia se opõe justamente à *heteronomia*, que, por sua vez, significa a observância de regras impostas por terceiros. Destarte, toda vez que o sujeito for determinado em suas ações por coerções ou controles que lhe são externos, haverá uma conduta não-autônoma ou heterônoma, ou seja, determinada de fora para dentro.

A determinação do conteúdo substancial do que se entende por autonomia, no entanto, é motivo de substanciais divergências. De acordo com *G. Dworkin*, os pontos de consenso são apenas as considerações de que a autonomia constitui uma característica de pessoas e de que é uma qualidade desejável[11]. Quanto ao seu conteúdo, no entanto, a autonomia pode significar *v.g.* liberdade, soberania e liberdade de vontade; dignidade,

6. Cf. ANNAS, George G.; GRODIN, Michael A. *The Nazi doctors and the Nuremberg Code*: human rights in human experimentation. Oxford: Oxford University Press, 1995, p. 61 e segs.
7. Para *Lopes Jr.,* houve, na verdade, duas histórias paralelas do mesmo conceito, referentes por um lado às pesquisas com seres humanos e, por outro, às intervenções médicas em geral. LOPES JR., Dalmir. *Consentimento informado na relação médico-paciente.* Belo Horizonte: D'Plácido, 2018, p. 72.
8. De acordo com *G. Dworkin*, há apenas um conceito de autonomia, mas muitas concepções sobre o que ela pode vir a ser. Segundo o autor, "o conceito é uma noção abstrata que especifica em termos bem gerais". Para traçar, no entanto, os princípios que justificariam uma intervenção na autonomia individual, é possível partir de diferentes concepções. DWORKIN, Gerald. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988, p. 9.
9. MAGNUS, Dorothea. *Patientenautonomie im Strafrecht.* Tübingen: Mohr Siebeck, 2015, p. 39. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013, p. 101.
10. FEINBERG, Joel. *Harm to Self. The moral limits of Criminal Law.* vol. 3. New York: Oxford University Press, 1986, p. 27.
11. DWORKIN, The Theory and Practice of Autonomy, p. 6.

integridade, individualidade, independência e autoconhecimento; pode estar relacionada a ações, crenças, razões para atuar, vontades, pensamentos, princípios etc.[12]

No contexto da Medicina, o ideal de respeito à autonomia possui como principal consequência o reconhecimento do *direito à autodeterminação do paciente sobre o próprio corpo*. Em termos gerais, a autonomia, enquanto cerne da personalidade do indivíduo[13], garante a ele o "direito de viver segundo a própria concepção de uma vida boa"[14]; assim, respeitá-la significa reconhecer, na esfera nuclear da vida privada, limites dentro dos quais somente o próprio indivíduo poderá tomar decisões[15], sem a interferência de terceiros[16]. Nessa acepção, a autonomia não é uma característica que qualifica o sujeito, mas sim um direito que lhe é concedido: o de controlar[17], ele mesmo, certas questões que lhe são privadas.

Nesse contexto, portanto, a autonomia pode ser traduzida como o *direito de tomar suas próprias decisões sobre intervenções médicas*. Ela confere ao indivíduo o domínio ou direito soberano sobre o território do próprio corpo, o que implica dizer que, a princípio, somente o paciente possui o condão de tomar decisões e determinar o que pode ou não pode ser feito com o seu corpo. A autonomia do paciente abrange, portanto, o direito de não ser submetido, contra a sua vontade ou sem o seu consentimento, a tratamentos e a procedimentos médicos.[18]

O respeito à autonomia deve ser *recíproco*. Da mesma forma que os terceiros

12. DWORKIN, The Theory and Practice of Autonomy, p. 6.
13. ROXIN, Claus, Einwilligung, Persönlichkeitsautonomie und tatbestandliches Rechtsgut, *in*: *FS-Amelung*, Berlin: Duncker & Humblot, 2009, p. 282.
14. GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. Promoção da saúde ou respeito à autonomia? Intervenção cirúrgica, exercício de direito e consentimento no direito penal médico. *Studia Juridica.* Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Manuel da Costa Andrade (vol 1), v. 108, 2017, p. 649; GRECO, Luís, Strafbare Pornografie im liberalen Staat - Grund und Grenzen der §§ 184, 184a-d StGB, *Zeitschrift für rechtswissenschaftliche Forschung*, v. 2, n. 1, 2011, p. 278–279; GRECO, Luís, Was lässt das Bundesverfassungsgericht von der Rechtsgutslehre übrig? Gedanken anlässlich der Inzestentscheidung des Bundesverfassungsgerichts, *ZIS*, n. 5, 2008, p. 237.
15. GRECO, Was lässt das Bundesverfassungsgericht von der Rechtsgutslehre übrig?, p. 237.
16. HILL JR., Thomas E. *Autonomy and self-respect.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991, p. 47.
17. HILL JR., Autonomy and self-respect, p. 48.
18. Essa minha concepção vincula-se a uma *noção política* de autonomia, que atribui aos indivíduos o poder de decidir por si próprios, permitindo que cada um determine seus valores e suas concepções de vida, de modo que a discussão sobre a valoração dessa decisão – ou seja, se ela é boa ou ruim – é, nessa perspectiva, irrelevante. Nesse sentido, para *Rawls,* a autonomia plena é *política* e refere-se à "afirmação dos princípios políticos de justiça" e ao usufruto da "proteção de direitos e liberdades básicos" pelos cidadãos na esfera pública, assegurando-lhes independência e integridade. RAWLS, John. *Political Liberalism.* Expanded. New York: Columbia University Press, 2005, p. 77. RAWLS, John. The Idea of Public Reason Revisited. *The University of Chicago Law Review*, v. 64, n. 3, 1997, p. 778. De fato, diante do pluralismo, a coexistência de indivíduos que orientam suas condutas a partir de diferentes concepções em uma mesma sociedade só se torna possível com a separação entre o domínio político e o pessoal, familiar ou associativo. RAWLS, Political Liberalism, p. 137. A autonomia política, portanto, torna-se essencial para a manutenção de uma sociedade estável e composta por indivíduos que, apesar de divergirem em razão de seus diferentes pensamentos religiosos, filosóficos e morais (RAWLS, Political Liberalism, p. 47), são verdadeiramente livres para seguir suas próprias doutrinas. Essa concepção *liberal* de autonomia recebe críticas que partem, em especial, do *comunitarismo* e de vertentes do *feminismo.* A respeito, cf. SIQUEIRA, Flávia. Violência na assistência ao parto e (des)respeito à autonomia da mulher: o tratamento penal das intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, v. 184, p. 55-99, 2021.

devem respeitar a autonomia do indivíduo, este só poderá exercê-la enquanto não afetar a autonomia dos demais. Assim, o exercício da sua autonomia só lhe é garantido na medida em que passar pelo *teste da universalizabilidade*, o que significa que "a esfera de autonomia de um não pode negar a esfera de autonomia de outro, mas deve com ela se coadunar" [19]. A partir da definição de *Greco*, a autonomia *não pode ser um privilégio*, que autorize a prática de determinada conduta apenas a certos indivíduos; também *não pode colidir com a autonomia dos demais*, pois não pode preponderar em detrimento da outra; por fim, respeitar a autonomia de terceiros significa que a instrumentalização ou a exploração de outras pessoas é vedada[20]. Considerando que as determinações individuais acerca de intervenções médicas são decisões autorreferenciais, que *prima facie* afetam diretamente apenas o próprio paciente, elas passam, via de regra, pelo teste da universalizabilidade.

É a *capacidade*, enquanto pressuposto do real exercício da autonomia, que faz surgir para o paciente o *direito de autodeterminar-se*. Esse direito de soberania sobre o próprio corpo não está vinculado à pretensa correção da decisão do paciente, que, sendo capaz, conserva o *direito de tomar suas próprias decisões*. A analogia de *Feinberg* à soberania das nações é, neste ponto, significativa: da mesma forma que uma nação que se governa mal não perde a sua prerrogativa de autogovernar-se[21], o paciente que toma decisões consideradas ruins, sob a perspectiva de quem hierarquiza os mesmos valores de maneira diversa, não deixa de ter o direito de ver respeitada a sua autonomia. Mesmo que, por exemplo, a recusa de uma transfusão de sangue feita por uma testemunha de Jeová, de uma perspectiva externa, possa divergir dos parâmetros valorativos mais habituais, ela é uma instância de irracionalidade "que se quer e [à] qual, portanto, nenhum médico tem o direito de se sobrepor"[22].

Diante disso, na *ética da autonomia* o paciente se emancipa do jugo médico[23]; afirma sua condição de sujeito, deixando de ser mero *objeto* da intervenção médica. Ao paciente incumbe, enfim, a decisão acerca dos tratamentos a que deseja ou não ser submetido.

19. GRECO, Luís. Strafbarer Drogenbesitz, Privatsphäre, Autonomie. *In*: HEFENDEHL, Roland (Org.). *Grenzelose Vorverlagerung des Strafrechts?* Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag, 2010, p. 83. No original: "...die Autonomiesphäre des einen darf die Autonomiesphären der anderen nicht negieren, sondern muss mit ihr verträglich sein."
20. GRECO, Strafbarer Drogenbesitz, p. 83–84.
21. FEINBERG, Harm to Self, p. 45.
22. GRECO; SIQUEIRA, Promoção da saúde ou respeito à autonomia?, p. 649.
23. ROSENAU, Informed consent - Illusion oder Realität im Medizinrecht?, p. 266.

3 | FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO DIREITO DO PACIENTE DE RECUSAR TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS

3.1 Autonomia, dignidade, liberdade, privacidade e integridade física

O direito de recusar tratamentos e procedimentos, sejam eles terapêuticos ou diagnósticos, fundamenta-se no direito à *autonomia*, à *dignidade humana*, à *liberdade*, assim como à *integridade física* e à *privacidade*, reconhecidos tanto a nível interno constitucional quanto sob a perspectiva dos Direitos Humanos.

A autonomia é um componente indissociável da dignidade humana, da liberdade individual e da privacidade. Com efeito, o direito à *autonomia* deriva inegavelmente do direito à liberdade geral de ação e do direito à vida privada, além de se vincular ao direito ao livre desenvolvimento da personalidade, que faz parte do núcleo da dignidade de todo ser humano.

No Brasil, a *dignidade humana,* prevista no art. 1º, III, da Constituição da República de 1988 (= CR/88) como um dos seus fundamentos, é o princípio unificador e o alicerce das demais garantias e direitos fundamentais, colocando o indivíduo, destarte, numa posição de centralidade no nosso ordenamento jurídico. A dignidade humana é também consagrada em diferentes documentos internacionais[24]; em especial no que se refere à bioética, é prevista na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO* de 2005, cujo artigo 3º estabelece que, na prática da Medicina, a "dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados".

A *dignidade* é inata[25] e intrínseca a todas as pessoas, cada qual em sua individualidade, e decorre unicamente da sua condição de *humana*. Em uma de suas dimensões[26], a dignidade humana pode ser compreendida, em seu âmago, a partir da própria noção de *autonomia*[27], a qual, como já reconhecia *Kant*, "é o fundamento da dignidade da natureza

24. Como ressalta *Aline Albuquerque*, "a dignidade humana foi incorporada a diversos instrumentos jurídicos constituintes do Direito Internacional dos Direitos Humanos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, da qual consta em seu preâmbulo...". Além disso, "outros documentos, como o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais" também consagram a dignidade humana em seus preâmbulos. ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016, p. 76. Ademais, importante mencionar a decisão I.V. vs. Bolívia da Corte Interamericana de Direitos Humanos, na qual se ressalta que o art. 11, 1, da *Convenção Americana de Direitos Humanos* da OEA de 1969 contém uma "cláusula universal de protección de la dignidad, cuyo basamento se erige tanto en el principio de la autonomía de la persona como en la idea de que todos los individuos deben ser tratados como iguales, en tanto fines en sí mismos según sus intenciones, voluntad y propias decisiones de vida". Corte IDH, *caso I.V. vs. Bolívia*, nov. 2016, p. 45.

25. Como também estabelece o art. 1º da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* de 1948: "todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e consciência, devem agir uns para com os outros em espírito e fraternidade".

26. Trata-se, evidentemente, de conceito polissêmico, de modo que o presente trabalho não possui intenção de esgotar todas as suas dimensões e as complexas questões que envolvem a sua fundamentação.

27. Quanto a este ponto, importante mencionar também o entendimento da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso I.V. vs. Bolívia: "un aspecto central del reconocimiento de la dignidad constituye la posibilidad de todo ser humano de auto-determinarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones. En este marco juega un papel fundamental el principio de la autonomía de la

humana e de toda natureza racional"[28]. A meu ver, perfilhar a dignidade como autonomia[29] significa reconhecer a individualidade das pessoas – concebidas como seres únicos, dotados de livre arbítrio e de capacidade para fazer suas próprias escolhas – e, com isso, a existência de um núcleo intangível da vida privada. Isso, por um lado, garante à pessoa o direito de autodeterminar-se e de eleger seus próprios projetos de vida, e, por outro, também impede que o Estado ou a maioria imponha um modo de vida baseado em valores que lhe são externos. Afinal, se a *dignidade* é da *pessoa* humana, e não da sociedade ou de terceiros, a *autonomia* se torna um pressuposto do seu verdadeiro reconhecimento.

Diante do pluralismo e da individualização dos valores que orientam a vida de cada sujeito na sociedade, certo é que *não há apenas um modelo ou padrão de dignidade*, mas sim diferentes concepções baseadas nos ideais singulares de cada indivíduo, variáveis a depender de como ele "se enxerga em sua individualidade"[30]. Dessa forma, impor valores externos ou obrigar alguém a viver em desacordo com o que deseja é negar-lhe a dignidade.

Também a *liberdade geral de ação*, que pode ser extraída do direito à liberdade insculpido no art. 5º, *caput*, da CR/88, fundamenta juridicamente o respeito à autonomia[31]. Na perspectiva kantiana, "o conceito de liberdade é a chave para a explicação da autonomia da vontade"[32]. Nesse sentido, a liberdade não pode ser compreendida apenas como a ausência de interferências externas ("ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei")[33]. Deve-se reconhecer, também, uma segunda

persona, el cual veda toda actuación estatal que procure la instrumentalización del individuo, es decir, que la convierta en un medio para fines ajenos a las elecciones sobre su propia vida, su cuerpo y el desarrollo pleno de su personalidad, dentro de los límites que impone la Convención". Corte IDH, *caso I.V. vs. Bolívia*, nov. 2016, p. 46.

28. KANT, Immanuel. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* Reimpressão. Stuttgart: Philipp Reclam, 2016, p. 74. No original: "Autonomie ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur".

29. GKOUNTIS, Ioannis. *Autonomie und strafrechtlicher Paternalismus.* Berlin: Duncker & Humblot, 2011, p. 167. Essa leitura da dignidade humana opõe-se à chamada *dignidade como heteronomia*, cujo conteúdo é nitidamente paternalista. Esta última representa "uma visão da dignidade ligada a valores compartilhados pela comunidade, antes que a escolhas individuais". BARROSO, Luís Roberto. Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. *In*: AZEVEDO, Álvaro Villaça; LIGIERA, Wilson Ricardo (Orgs.). *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 350 e segs. O caráter de certa forma ambivalente da dignidade humana acaba possibilitando tanto a fundamentação de propostas que visam à tutela da autonomia, como também uma posição que pretende impor um *dever de viver* e de *manter ilesa a integridade física*. Cf. a esse respeito FORSSBOHM, Matthias. *Selbstbestimmung wider das universelle Tötungsverbot:* Betrachtungen zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende und Ausnahmen vom generellen Lebensschutz in Deutschland, Schweiz und den Niederlanden. Technische Universität Dresden, 2017, p. 28.

30. BVerfG 49, 286 (p. 298). No original: "... wie er sich in seiner Individualität selbst begreift…".

31. Além disso, adotando-se uma interpretação ampliativa, é possível extrair o direito à liberdade do art. 7º da *Convenção Americana de Direitos Humanos* da OEA de 1969. Nesse sentido, a Corte Interamericana de Direitos Humanos frisou, mais uma vez no caso I.V. vs. Bolívia, que "esta Corte ha interpretado en forma amplia el artículo 7 de la Convención Americana al señalar que éste incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana". Corte IDH, *caso I.V. vs. Bolívia*, nov. 2016, p. 46.

32. KANT, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, p. 88. No original: "Der Begriff der Freiheit ist der Schlüssel zur Erklärung der Autonomie des Willens".

33. Como também constata MEIRELES, Rose Melo Vencelau. *Autonomia Privada e Dignidade Humana.* Rio de Janeiro: Renovar, 2009, p. 105.

dimensão: a *liberdade como autonomia* – afinal, "o que pode ser a liberdade da vontade senão a autonomia, isto é, a qualidade da vontade de ser para si mesmo sua lei?"[34].

Para além da tríade de matriz kantiana autonomia-liberdade-dignidade, também o *direito à privacidade ou à vida privada*, consagrado no *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* da ONU de 1966 e na *Convenção Americana de Direitos Humanos* da OEA de 1969, constitui importante fundamento para o direito do paciente à recusa de tratamentos. De acordo com essa visão, segundo *Albuquerque* "o paciente tem o direito de conduzir sua própria vida sem interferência em seu corpo e em suas escolhas pessoais, salvo em situações excepcionais legalmente cobertas"[35]; assim, no que se refere aos cuidados em saúde, o paciente possui "o direito de decidir se deseja ou não [se] submeter a um procedimento médico, não havendo qualquer dever legal de fazê-lo"[36].

Por fim, o direito à *integridade física*, psíquica e moral, é previsto expressamente no art. 5º, 1, da *Convenção Americana de Direitos Humanos* da OEA de 1969. Adotando-se uma *concepção liberal* dos bens jurídicos individuais fundada no respeito à autonomia do seu titular[37], a *integridade física* adquire contornos bidimensionais, abrangendo tanto o *corpo enquanto substância,* na sua dimensão biológica, quanto o direito do indivíduo de *autodeterminar* o que pode ou não ser feito com ele. O direito ao próprio corpo é um direito *inato*, o qual surge por força da própria humanidade da pessoa, ou seja, é um direito pré-positivo e anterior ao Estado[38]. Nesse sentido, ao reconhecer-se o direito à recusa de tratamentos, consagra-se a máxima de que *"o corpo é o templo do indivíduo*, isto é, é o âmbito inviolável que apenas ele próprio pode controlar" [39]. Ademais, a integridade pessoal abrange, também, o direito de não ser submetido a tratos cruéis, desumanos ou degradantes (art. 5º, 2, da *Convenção Americana de Direitos Humanos* da OEA de 1969), sendo certo que a submissão do paciente a um tratamento não consentido ou contrário à sua vontade implica, como já dito, a sua objetificação e, com isso, pode ser considerada desumana.

Todos esses direitos asseguram ao paciente, portanto, o direito de determinar autorresponsavelmente o seu próprio destino, relacionado a si e ao seu corpo, e, por conseguinte, a liberdade e o direito de escolher os tratamentos médicos a que deseja ou

34. KANT, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, p. 89. No original: "Was kann denn wohl die Freiheit des Willens sonst sein als Autonomie, d. i. die Eigenschaft des Willens, sich selbst ein Gesetz zu sein?".
35. ALBUQUERQUE, Direitos Humanos dos Pacientes, p. 121. Cf. também PARANHOS, Denise G. A. M.; ALBUQUERQUE, Aline. Direitos Humanos dos pacientes testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue compulsória em decisões judiciais no Brasil. *Revista da Defensoria Pública do Distrito Federal*, v. 1, n. 1, 2019, p. 91.
36. ALBUQUERQUE, Direitos Humanos dos Pacientes, p. 124.
37. ROXIN, Claus; GRECO, Luís. *Strafrecht Allgemeiner Teil.* vol. 1. 5. ed. München: C. H. Beck, 2020, §13, Nm. 12 ss.; SIQUEIRA, Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina, p. 191 ss.
38. Cf. GRECO, Luís. *Strafprozesstheorie und materielle Rechtskraft*. Berlin: Duncker & Humblot, 2015, p. 653 ss.
39. SIQUEIRA, Flávia; SOARES, Hugo. Vacinação compulsória? Sobre os limites da atuação do Estado no combate à COVID-19. *Revista de Estudos Criminais*, v. 81, 2021, p. 40.

não se submeter. Disso decorre o direito de não ser tratado sem o seu consentimento ou contra a sua vontade e, com isso, de recusar intervenções médicas, ainda que vitais.

3.2 Há "colisão" entre o respeito à autonomia e os direitos à saúde e à vida?

É muito comum, no entanto, que os direitos supramencionados sejam confrontados a partir da necessidade de promoção de dois outros: os direitos à saúde e à vida.

A CR/88 consagra a *saúde* como *direito social* (art. 6º, *caput*, CR)[40] – e isso realmente expressa uma das dimensões da saúde, cuja efetivação fica a cargo do Estado. No entanto, deve-se também reconhecer que a saúde não pode ser compreendida numa perspectiva que a afasta do indivíduo que é o seu titular. Afinal, o corpo potencialmente saudável pertence ao sujeito e não ao Estado. Ademais, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (= OMS) a concepção da saúde vai além do mero bem-estar físico (da "ausência de doenças"), abrangendo, também, a integridade psíquica e social[41]. Para além da sua dimensão social, a saúde é também um direito individual, cuja efetivação depende inegavelmente do exercício da liberdade daquele que o detém, já que a sua promoção, especialmente a partir do paradigma da dignidade, da autonomia e da liberdade, não pode ser imposta contra a vontade do indivíduo, detentor do controle sobre o próprio corpo.

Por sua vez, o *direito à vida*[42] – consagrado no art. 5º, *caput*, CR/88 –, também interpretado a partir da ideia de dignidade humana, não impõe um dever de viver[43], tampouco se limita à tutela da vida pela vida. A proteção constitucional da vida possui *prima facie* apenas uma dimensão inequívoca, qual seja, a que "impõe ao Estado o dever de proteção da vida humana frente às suas próprias agressões e às agressões de terceiros"[44].

---

40. Além disso, como frisa *Albuquerque* "o direito à saúde, no plano internacional, encontra-se previsto em diversos documentos; dentre eles, o art. 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais é a maior referência normativa do citado direito". Trata-se, como frisa a autora, de um direito amplo, que abrange "um conjunto de bens, serviços e instalações, os quais devem ser disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade". ALBUQUERQUE, Direitos Humanos dos Pacientes, p. 171-172.

41. De acordo com a Constituição da OMS, promulgada no Brasil pelo Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948, "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade". Para alguns autores, o reconhecimento da integridade psicofísica como elemento da concepção de saúde significa que esta também se torna um "direito da personalidade, pois a pessoa passa a ser vista na sua unidade corpo-mente". Nesse sentido, o direito à saúde, sob a perspectiva da liberdade, referir-se-ia ao direito de controlar o próprio corpo. TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada.* Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 22 e 67.

42. Para *Otto*, a tutela constitucional da vida, enxergada a partir da ideia de autonomia pessoal, deve compreender, também, um direito de disposição sobre ela. Cf. OTTO, Harro. *Recht auf den eigenen Tod?* Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung. Gutachten für den 56. Deutschen Juristentag. München: C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1986, p. 12.

43. ROXIN, Claus, Die Mitwirkung beim Suizid - ein Tötungsdelikt?, *in*: *FS-Dreher*, Berlin: Walter de Gruyter, 1977, p. 338.

44. CARVALHO, Gisele Mendes de. Autonomia do paciente e decisões ao final da vida. *In*: ROMEO CASABONA, Carlos Maria; SÁ, Maria de Fátima Freire de Sá (Orgs.). *Direito Biomédico:* Espanha-Brasil. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2011, p. 167. No mesmo sentido, cf. DUMAS, Camila Cristina de Oliveira; CARVALHO, Gisele Mendes de. *Quando o paciente diz não:* uma análise da recusa de tratamento no ordenamento jurídico brasileiro. Biguiri: Boreal, 2017, p. 18. De acordo com *Carvalho*, a dimensão negativa da vida, ou seja, o direito à própria morte ou o direito à disponibilidade da própria vida, não está garantido expressamente pela Constituição e, portanto, não é um direito fundamental; no entanto,

Por sua vez, conforme ressaltam *Paranhos* e *Albuquerque*, sob a perspectiva dos Direitos Humanos, o direito à vida obriga os Estados a cumprir três deveres: o de não eliminar a vida de alguém; o de investigar e punir as mortes ocorridas; e o de adotar medidas com o objetivo de prevenir mortes consideradas evitáveis[45].

Não há, portanto, uma contraposição entre os direitos mencionados no tópico anterior e o direito à vida. Por certo, o direito à vida não impõe ao médico ou ao Estado um dever de prolongar indefinidamente a vida biológica de seus pacientes ou de seus cidadãos. Levando em consideração a dignidade humana e o respeito à autonomia, pode-se concluir que a proteção da vida deve se vincular também à noção de *vida digna*, assim considerada a partir das concepções do próprio indivíduo[46].

É importante diferenciar, aqui, a negativa de tratamentos vitais e os atos de renúncia à própria vida, como o suicídio ou a eutanásia. Na recusa de tratamento, o paciente não autoriza que o médico realize determinada intervenção em seu corpo, impondo-se, portanto, um *dever de não atuar* e de deixar que a doença siga seu curso natural, que decorre justamente do dever de não interferir na esfera corporal de outrem sem o consentimento válido. No suicídio ou na eutanásia, por sua vez, há uma contribuição ativa do próprio paciente ou do médico no sentido de antecipar o momento da morte. Se, por um lado, a admissibilidade destes últimos mostra-se mais controversa e suscetível a debates[47], por outro, é muito mais evidente que, até mesmo numa perspectiva que erige a sacralidade da vida, concebê-la como *direito* não impõe aos indivíduos um *dever* de ser tratado contra a sua vontade para prolongar sua vida biológica.

É também contestável a compreensão que submete a autonomia a um juízo de ponderação[48], geralmente reportando-se à proteção da saúde ou da vida. Por exemplo, é comum afirmar-se que "o princípio da autonomia não é absoluto" e que, em algumas situações, deve ser confrontado a partir de outros valores, também relevantes[49]. No

isto não impede o legislador ordinário de disciplinar como se daria o exercício deste direito.

45. PARANHOS; ALBUQUERQUE, Direitos Humanos dos pacientes testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue compulsória em decisões judiciais no Brasil, p. 88.

46. Com isso, não estou afirmando que a manutenção da vida depende sempre de "um certo nível de qualidade", mas sim que quem determina o que é uma vida digna de ser vivida é o próprio sujeito autônomo. Deve-se ter muito cuidado ao afirmar uma certa relativização da vida ou da saúde, pois com isso se parte de um utilitarismo que pode conduzir a conclusões equivocadas, como a de que a ausência de qualidade de vida autorizaria um terceiro, por exemplo, a tirar a vida de um doente, ainda que sem o seu consentimento.

47. O que foge ao escopo do presente ensaio.

48. Cf., por exemplo, SARMENTO, Daniel, Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada, *Boletim Científico ESMPU*, v. 14, 2005, p. 185.

49. No julgamento do Habeas Corpus nº 268459/SP, o STJ manifestou essas duas propensões: afirmou, por um lado, que a autonomia não é um valor absoluto e, por outro lado, aparentemente submeteu a autonomia a um juízo de ponderação no caso concreto. No entanto, esse caso trata especificamente da recusa de transfusão de sangue feita pelos pais de uma jovem de 13 anos e, ao invés de "ponderar" a autonomia, poderia ter o tribunal reconhecido que, na verdade, sequer há autonomia a ser respeitada em uma tal decisão, já que a paciente, no caso concreto, não possuía capacidade de autodeterminação. Cf. STJ, Habeas Corpus nº 268459/SP, 2014.

entanto, ponderar a autonomia significa determiná-la de fora para dentro, de acordo com uma perspectiva externa (de terceiros ou do Estado), ou seja, é o mesmo que transformá-la em heteronomia, o que culmina, necessariamente, numa falsificação do seu conteúdo.

A meu ver, o reconhecimento do direito à autodeterminação impede que o Estado defina *prima facie* uma relação de preponderância ou proceda a uma "ponderação" entre a saúde ou a vida e a liberdade, a dignidade ou a privacidade, porquanto *apenas o indivíduo poderá proceder à hierarquização de seus próprios valores e direitos individuais*, isto é, somente ele poderá dizer, no caso concreto, se é a saúde, a vida ou qualquer outro valor que deve prevalecer. Essa hierarquização, portanto, não lhe pode ser imposta sob uma perspectiva externa, a partir dos valores que o Estado ou que terceiros têm para si como mais relevantes. E é justamente por isso que compreendo a autonomia como um "meta-valor"[50], situado num plano diferente dos demais: a autonomia concede ao indivíduo justamente o direito de ponderar os seus valores e direitos.

Isso não quer dizer que o direito à saúde e à vida não sejam relevantes, mas apenas que não podem ser promovidos contra a vontade de seu titular – e é a partir desse raciocínio que a dignidade e a autonomia atingem a compreensão desses direitos. Não se trata, mais uma vez, de relativizar o conteúdo da saúde ou da vida, mas sim de reconhecer que a autonomia atribui ao sujeito o direito de não colocar esses dois valores sempre em primeiro plano.

Além disso, também não significa que o direito à autonomia não possua limites, mas sim que seu âmbito de extensão é demarcado *a partir de seus próprios fundamentos*, conforme explanado acima (item 2). Assim, não há que se respeitar a autonomia quando o seu exercício afeta a autonomia de terceiros ou quando a vontade exarada pelo indivíduo não pode, por alguma razão, ser considerada verdadeiramente livre.

A doença não retira do paciente sua autonomia, sua liberdade, seus direitos ao próprio corpo e à vida privada, tampouco sua dignidade, que é inerente à sua condição de ser humano. Pelo contrário, por mais que em algumas situações os pacientes se encontrem em certa posição de vulnerabilidade, é precisamente isso que justifica a especial reafirmação do direito à autodeterminação sobre o próprio corpo e faz com que *qualquer tratamento e intervenção médica dependa do seu consentimento*[51].

Não obstante, o respeito à autonomia refere-se não apenas à necessidade de o médico informar e colher o consentimento do paciente antes da intervenção, mas também à possibilidade de o paciente negar o sacrifício da sua integridade corporal e deixar de se

50. GRECO; SIQUEIRA, Promoção da saúde ou respeito à autonomia?, p. 655.
51. DUTTGE, Gunnar. Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit. *In*: WIESEMANN, Claudia; SIMON, Alfred (Orgs.). *Patientenautonomie:* Theoretische Grundlagen Praktische Anwendungen. Münster: mentis, 2013, p. 77.

submeter ao tratamento, ainda que somente por meio dele seja possível livrá-lo de uma doença que coloca em risco a sua saúde ou a sua vida[52], assim como a quaisquer exames ou procedimentos terapêuticos. Trata-se, portanto, de um direito geral de recusar cuidados em saúde.

4 | PRESSUPOSTOS DE VALIDADE DA RECUSA DE INTERVENÇÕES MÉDICAS

Tendo em vista os fundamentos acima expostos, pode-se concluir que, num paradigma ético-jurídico de tutela da *autonomia,* a *vontade* do paciente deve assumir um papel central para a análise da legitimidade das intervenções médicas. Considerando que a integridade corporal é um direito individual, a ninguém é dado o poder de intervir no corpo de uma pessoa sem a sua anuência[53], o que implica que *corpo* e *vontade* devem ser analisados, aqui, como um todo harmônico e indissociável. Assim, numa concepção que leva a sério o respeito à autonomia do paciente capaz[54], apenas este poderá autorizar interferências em seu domínio corporal, de modo que, como dito, somente o *consentimento livre e informado* ou, diante da impossibilidade de obtê-lo, o *consentimento presumido*[55]*,* poderão legitimar intervenções nos corpos dos pacientes[56]. O direito de recusa decorre, portanto, da proibição de interferência na esfera corporal do paciente sem o seu consentimento válido ou contra a sua vontade (em um raciocínio *a contrario sensu*).

Em termos gerais, o respeito à recusa de tratamento está atrelado aos limites impostos ao exercício da autonomia, de modo que é possível se sobrepor legitimamente à

52. BGHSt 11, 111 (p. 114).
53. SIQUEIRA, Gesundheitsschädigende Patientenaufklärung, p. 154.
54. Nos casos em que o paciente for incapaz, surge a figura do consentimento por representação, devendo o representante legal do incapaz consentir em seu lugar.
55. Nos casos em que não for possível obter ou aguardar a obtenção do consentimento, como ocorre, por exemplo, nas situações em que é necessária uma cirurgia de urgência, mas o paciente encontra-se em estado de inconsciência ou seu representante legal está inacessível, a atuação do médico pode ser legitimada com fundamento no *consentimento presumido* do paciente. Para mais detalhes sobre essa figura dogmática, cf. SIQUEIRA, Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina, p. 312 e segs. No Direito Penal, essa é uma causa autônoma de justificação, situada dogmaticamente entre o consentimento e o estado de necessidade, que se fundamenta na existência de um conflito de interesses. Além de se vincular, em certa medida, aos demais pressupostos de validade do consentimento, a legitimidade da conduta baseada no consentimento presumido depende do preenchimento de mais duas condições específicas: a *impossibilidade fática ou normativa* de obtenção do consentimento real e a *orientação pela vontade presumida do paciente*. Por ser orientado pelas preferências pessoais do paciente, e não por interesses delas independentes, o consentimento presumido é a única causa de justificação que se destina verdadeiramente à proteção da autonomia.
56. As intervenções médicas arbitrárias são aquelas realizadas pelo médico em desrespeito à autonomia do paciente, isto é, sem o seu consentimento válido ou contra a sua vontade, ainda que com o objetivo de promover a sua saúde e até mesmo a sua vida. Tomando como base os pressupostos acima traçados, tem-se como consequência lógica que essas intervenções devem ser consideradas *ilegítimas*, haja vista a ausência de consentimento real ou presumido, únicos capazes de legitimá-las. Nesse contexto, as intervenções arbitrárias podem perfazer *prima facie* os pressupostos típicos de dois delitos: um que tutela a integridade física, como o crime de lesão corporal (art. 129 do Código Penal [=CP]), e outro que tutela a liberdade geral de ação, como o de constrangimento ilegal (art. 146 do CP). Por sua vez, não poderá ser punida a omissão do médico de deixa de realizar um tratamento ou procedimento em respeito à recusa de tratamento do paciente, seja a título de homicídio ou lesão corporal por omissão (art. 121 ou art. 129 c/c art. 13, par. 3º, CP) ou de omissão de socorro (art. 135, CP).

negativa de intervenção quando esta (i) afetar diretamente direitos de terceiros ou (ii) for fundada em uma decisão que não pode ser considerada verdadeiramente livre.

No primeiro caso, temos como exemplo a situação em que o paciente recusa o tratamento e deseja receber alta, mas possui uma doença grave e altamente contagiosa (como o vírus ebola) que impõe, no mínimo, uma quarentena, para que outras pessoas não sejam também contaminadas. Via de regra, não se deve impor, nestes casos, o tratamento, mas apenas as medidas estritamente necessárias para a evitação da contaminação de terceiros.

No segundo caso, a validade da recusa vincula-se, em termos gerais, aos mesmos limites de validade do consentimento e é determinada por critérios como a *capacidade* para consentir e recusar tratamentos e a *liberdade* na formação da vontade e da tomada de decisão (isto é, a ausência de erro ou vício de consentimento), que abrange também o cumprimento do *dever de esclarecimento* por parte do médico.

Nesse sentido, para agir autonomamente e tomar decisões verdadeiramente livres o indivíduo deve ser capaz de exercer sua autonomia, isto é, deve possuir um grau mínimo de habilidade exigido para ser considerado competente para tomar, nos casos aqui discutidos, decisões médicas. Por essa razão, a *capacidade de entendimento e de decisão,* consubstanciada pela real compreensão do significado e da extensão da intervenção, bem como pela competência para escolher, com base nas informações depreendidas, se deseja ou não a ela se submeter, é pressuposto essencial para a determinação da validade da recusa.

Além disso, cabe ao médico esclarecer previamente ao paciente as informações referentes, principalmente*, ao diagnóstico, à execução e aos riscos do tratamento, bem como eventuais alternativas a ele*[57]. A exigência do dever de esclarecimento se vincula à necessidade de proporcionar ao paciente todo o substrato para a tomada de uma decisão livre, consciente e não viciada acerca da intervenção, devendo o médico se certificar de que o destinatário do esclarecimento realmente compreendeu não apenas o significado, mas também a extensão do tratamento, bem como que possui informações suficientes para ponderar suas vantagens e desvantagens e, ao final, exercer concretamente o direito à autodeterminação sobre seu corpo. Somente assim é possível que haja respeito à autonomia do paciente e ao seu direito à inviolabilidade da integridade física.

Há que se frisar que a indicação médica da intervenção[58] não isenta o médico de

57. SIQUEIRA, Gesundheitsschädigende Patientenaufklärung, p. 155.
58. A *indicaç*ão refere-se essencialmente à "idoneidade objetiva terapêutica do tratamento médico ou cirúrgico" e, desse modo, as intervenções indicadas são aquelas objetivamente conhecidas e recomendadas, sob o ponto de vista da ciência médica, para o fim almejado. Cf. MANTOVANI, Ferrando. *I trapianti e la sperimentazione umana nel diritto italiano e straniero.* Padova: CEDAM, 1974, p. 13–14.

colher o consentimento do paciente, tampouco concede a ele um "passe livre" para realizar a intervenção como bem entender. A indicação, na verdade, afeta apenas a *intensidade do dever de esclarecimento*, já que quanto menos indicada for a intervenção, mais intensa é a obrigação do médico de informar e esclarecer todas as contraindicações e possíveis efeitos lesivos, para que o paciente realmente a conheça e decida livremente submeter-se ou não a ela. A mera indicação da intervenção não atribui ao médico o direito de intervir, porquanto ele ainda depende do consentimento válido do paciente para poder interferir em sua esfera corporal, ainda que com o objetivo de supostamente melhorar seu estado de saúde. Ponto decisivo para a legitimidade da intervenção e da recusa de tratamento, portanto, é a *liberdade da vontade do paciente*.

5 | CONCLUSÕES

No contexto da Medicina, a autonomia – elemento essencial da dignidade humana, da liberdade e da privacidade – confere ao paciente o domínio soberano sobre o território do próprio corpo e, com isso, o direito de tomar suas próprias decisões sobre intervenções médicas. A autonomia do paciente abrange, portanto, o direito de não ser submetido a tratamentos contra a sua vontade ou sem o seu consentimento válido e, com isso, o direito de recusar tratamentos e procedimentos.

Esse direito do paciente se reafirma mesmo nos casos em que a não realização do tratamento pode vir a ter um desfecho fatal ou lesivo à saúde do paciente. Não há, aqui, uma contraposição entre a autonomia do paciente e os direitos à vida ou à saúde, os quais não podem ser promovidos de forma paternalista contra a vontade do seu titular. Também não é possível definir uma relação de preponderância entre os direitos envolvidos ou submetê-los a um juízo de ponderação heterônomo, porquanto apenas o próprio indivíduo capaz poderá proceder à hierarquização de seus próprios valores e direitos individuais e definir, no caso concreto, o que, para ele, possui maior valor naquelas circunstâncias.

Diante dessas conclusões, retomo as questões inicialmente colocadas. Com efeito, diante de uma recusa de tratamento ou procedimento, o médico não possui autorização para atuar contrariamente à vontade do paciente capaz, constrangendo-o a ser tratado, mas possui, na verdade, o dever de respeitar a sua vontade e deixar de executar o tratamento ou procedimento proposto, sob pena de responder civil e criminalmente em razão da realização de uma intervenção médica arbitrária. Portanto, a partir do paradigma de respeito à autonomia consagra-se o direito do paciente de não ser tratado ou ser submetido a procedimentos médicos indesejados.

REFERÊNCIAS

ANNAS, George G.; GRODIN, Michael A. *The Nazi doctors and the Nuremberg Code*: human rights in human experimentation. Oxford: Oxford University Press, 1995.

ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.

BARROSO, Luís Roberto. Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. *In*: AZEVEDO, Álvaro Villaça; LIGIERA, Wilson Ricardo (Orgs.). *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 343–382.

CARVALHO, Gisele Mendes de. Autonomia do paciente e decisões ao final da vida. *In*: ROMEO CASABONA, Carlos Maria; SÁ, Maria de Fátima Freire de Sá (Orgs.). *Direito Biomédico:* Espanha-Brasil. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2011, p. 161–183.

DUMAS, Camila Cristina de Oliveira; CARVALHO, Gisele Mendes de. *Quando o paciente diz não:* uma análise da recusa de tratamento no ordenamento jurídico brasileiro. Biguiri: Boreal, 2017.

DUTTGE, Gunnar. Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit. *In*: WIESEMANN, Claudia; SIMON, Alfred (Orgs.). *Patientenautonomie:* Theoretische Grundlagen Praktische Anwendungen. Münster: mentis, 2013, p. 77–90.

DWORKIN, Gerald. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

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

FEINBERG, Joel. *Harm to Self. The moral limits of Criminal Law.* vol. 3. New York: Oxford University Press, 1986.

FORSSBOHM, Matthias. *Selbstbestimmung wider das universelle Tötungsverbot:* Betrachtungen zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende und Ausnahmen vom generellen Lebensschutz in Deutschland, Schweiz und den Niederlanden. Technische Universität Dresden, 2017.

GKOUNTIS, Ioannis. *Autonomie und strafrechtlicher Paternalismus.* Berlin: Duncker & Humblot, 2011.

GRECO, Luís. *Strafprozesstheorie und materielle Rechtskraft*. Berlin: Duncker & Humblot, 2015.

GRECO, Luís. Strafbare Pornografie im liberalen Staat - Grund und Grenzen der §§ 184, 184a-d StGB. *Zeitschrift für rechtswissenschaftliche Forschung*, v. 2, n. 1, p. 275–302, 2011.

GRECO, Luís. Strafbarer Drogenbesitz, Privatsphäre, Autonomie. *In*: HEFENDEHL, Roland (Org.). *Grenzelose Vorverlagerung des Strafrechts?* Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag, 2010, p. 73–88.

GRECO, Luís. Was lässt das Bundesverfassungsgericht von der Rechtsgutslehre übrig? Gedanken anlässlich der Inzestentscheidung des Bundesverfassungsgerichts. *ZIS*, n. 5, p. 234–238, 2008.

GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. Promoção da saúde ou respeito à autonomia? Intervenção cirúrgica, exercício de direito e consentimento no direito penal médico. *Studia Juridica.* Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Manuel da Costa Andrade (vol 1), v. 108, p. 643–669, 2017.

HILL JR., Thomas E. *Autonomy and self-respect.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

KANT, Immanuel. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* Reimpressão. Stuttgart: Philipp Reclam, 2016.

KATZENMEIER, Christian. Ärztliche Aufklärung. *In*: WIESEMANN, Clausia; SIMON, Alfred (Orgs.). *Patientenautonomie:* Theoretische Grundlagen Praktische Anwendungen, Münster: mentis, 2013, p. 92.

LOPES JR., Dalmir. *Consentimento informado na relação médico-paciente.* Belo Horizonte: D'Plácido, 2018.

MAGNUS, Dorothea. *Patientenautonomie im Strafrecht.* Tübingen: Mohr Siebeck, 2015.

MANTOVANI, Ferrando. *I trapianti e la sperimentazione umana nel diritto italiano e straniero.* Padova: CEDAM, 1974.

MEIRELES, Rose Melo Vencelau. *Autonomia Privada e Dignidade Humana.* Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

OTTO, Harro. *Recht auf den eigenen Tod?* Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung. Gutachten für den 56. Deutschen Juristentag. München: C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1986.

PARANHOS, Denise G. A. M.; ALBUQUERQUE, Aline. Direitos Humanos dos pacientes testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue compulsória em decisões judiciais no Brasil. *Revista da Defensoria Pública do Distrito Federal*, v. 1, n. 1, 2019, p. 85-94.

RAWLS, John. *Political Liberalism.* Expanded. New York: Columbia University Press, 2005.

RAWLS, John. The Idea of Public Reason Revisited. *The University of Chicago Law Review*, v. 64, n. 3, p. 765–807, 1997.

ROSENAU, Henning. Informed consent - Illusion oder Realität im Medizinrecht? *In*: *Jahrbuch* für *Recht und Ethik:* Neue Entwicklungen in Medizinrecht und -ethik. Berlin: Duncker & Humblot, 2016.

ROXIN, Claus. Einwilligung, Persönlichkeitsautonomie und tatbestandliches Rechtsgut. *In*: BÖSE, Martin; STERNBERG-LIEBEN, Detlev (Orgs.). *Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts:* Festschrifft für Knut Amelung zum 70. Geburtstag. Berlin: Duncker & Humblot, 2009, p. 269–286.

ROXIN, Claus. Die Mitwirkung beim Suizid - ein Tötungsdelikt? *In*: JESCHECK, Hans-Heinrich; LÜTTGER, Hans (Orgs.). *Festschrift für Eduard Dreher zum 70. Geburtstag am 29. April 1977.* Berlin: Walter de Gruyter, 1977, p. 331–355.

ROXIN, Claus; GRECO, Luís. *Strafrecht Allgemeiner Teil.* vol. 1. 5. ed. München: C. H. Beck, 2020.

SARMENTO, Daniel. Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada. *Boletim Científico ESMPU*, v. 14, p. 167–217, 2005.

SIQUEIRA, Flávia. Violência na assistência ao parto e (des)respeito à autonomia da mulher: o tratamento penal das intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, v. 184, p. 55-99, 2021.

SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e Direito Penal da Medicina*. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

SIQUEIRA, Flávia. Gesundheitsschädigende Patientenaufklärung: Grund und Grenzen einer Entbehrlichkeit der Aufklärung vor Heileingriffen. *Medstra,* v. 3, p. 153–159, 2018.

SIQUEIRA, Flávia; SOARES, Hugo. Vacinação compulsória? Sobre os limites da atuação do Estado no combate à COVID-19. *Revista de Estudos Criminais*, v. 81, p. 28-60, 2021.

SIQUEIRA, Flávia; KASECKER, Izabele. Consentimento informado, intervenções cirúrgicas e esterilização involuntária: reflexões a partir do caso I.V. vs. Bolívia. *RBCCrim*, v. 152, p. 65–87, 2019.

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