

# **OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA E LIBERDADE DE ESCOLHA DO PACIENTE TERMINAL NO DIREITO BRASILEIRO: COMO SOLUCIONAR O CONFLITO DE DOIS LADOS DA MESMA MOEDA?**

## **OBJECTION OF MEDICAL CONSCIOUSNESS AND FREEDOM OF CHOICE OF THE TERMINAL PATIENT IN BRAZILIAN LAW: HOW TO SOLVE THE TWO SIDE CONFLICT OF THE SAME COIN?**

Edna Raquel Hogemann<sup>1</sup> – <https://orcid.org/0000-0003-3276-4526>

Lívia Pagani de Paula<sup>2</sup> – <https://orcid.org/0000-0002-3496-3185>

### **Resumo**

Realiza uma análise reflexiva sobre o confronto entre os direitos fundamentais da objeção de consciência do profissional da saúde – médico – e a liberdade de escolha do paciente terminal no Direito Brasileiro. O objeto geral da pesquisa é demonstrar a possível compatibilização de uma negativa legítima do médico, que deixa de agir porque a conduta terapêutica representa para ele um grave abalo psicológico, vez que contraria seus valores morais e filosóficos e o direito de liberdade de escolha do paciente em situação de terminalidade. Busca enfatizar que por mais que se prestigie a autonomia da vontade do paciente na finitude da vida, por meio de recusas válidas e das

---

1 Pós-doutora em Direito pela Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ. Doutora e Mestre em Direito (UGF). Decana do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO. Professora permanente do Programa de Pós graduação em Direito, da Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ. Coordenadora do Grupo Direitos Humanos e Transformação Social – GPDHTS(Cnpq). E-mail: ershogemann@gmail.com

2 Mestranda em Direito Público na Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ. Pós-Graduada em Direito Público e Privado na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – EMERJ. Pesquisadora do Grupo Direitos Humanos e Transformação Social GPDHTS(Cnpq), coordenado pela Profa. Pós-Dra. Edna Raquel Hogemann. Professora de Direito Constitucional na EMERJ, Direito Penal e Ciência Política na UNESA. Advogada. E-mail: liviapagani@hotmail.com

diretivas antecipadas de vontade, o direito do médico, objetor de consciência, não pode ser aniquilado. O objetivo específico é análise das formas de solução desses conflitos, destacando as restrições e limites aplicáveis aos direitos fundamentais, tendo em vista que eles não são absolutos, apontando o instrumento mais adequado para sanar o confronto. A metodologia adotada contempla o método lógico-dedutivo, por meio da pesquisa bibliográfica, adotando como referencial a teoria externa de restrição de direitos fundamentais e o critério de proporcionalidade.

**Palavras-chave:** Objeção de consciência médica; autonomia da vontade; paciente terminal;

### **Abstract**

It performs a reflexive analysis on the confrontation between the fundamental rights of conscientious objection of the health professional – physician – and the freedom of choice of the terminal patient in Brazilian law. The general objective is to demonstrate that it is possible to reconcile the physician's legitimate refusal to act based on the fact that the therapeutic conduct represents a serious psychological shock for him, as it contradicts his moral and philosophical values and the patient's freedom to choose whether to be treated or not. It seeks to emphasize that, although the prestige of the patient's autonomy in the end of life, must be taken for granted, through valid refusals and anticipated directives of will, the right of the physician, conscientious objector, can not be disregarded. The specific objective is to analyze the ways of solving these conflicts, highlighting the restrictions and limits applicable to fundamental rights, since these are not absolute, pointing out the most appropriate instrument to remedy the confrontation. The methodology adopted was the logical-deductive method, through bibliographic research, adopting as reference the external theory of restriction of fundamental rights and the criterion of proportionality.

**Keywords:** Medical conscientious objection; self-determination; terminal illness patient.

**Sumário:** Introdução. 1. Direito à objeção de consciência. 1.1. Conceito, características e fundamentos no Direito Brasileiro. 1.2. Objeção de consciência na Medicina. 2. Direito à liberdade de escolha do paciente. 2.1. Conceito, características e fundamentos no Direito Brasileiro. 2.2. Autonomia da vontade dos pacientes terminais. 3. Solução do conflito entre a objeção de consciência do médico e a liberdade de escolha do paciente terminal. 3.1. Limitações heterônomas dos Direitos Fundamentais. 3.1.1. Teoria interna. 3.1.2. Teoria externa. 3.2. Limites dos limites – no âmbito da teoria externa das restrições de Direitos Fundamentais. 3.2.1. Núcleo essencial dos Direitos Fundamentais. 3.2.2. Critério da Proporcionalidade. Conclusão. Referências.

Recebido/Received 30.06.2019 – Aprovado/Approved 19.07.2019

## **INTRODUÇÃO**

O presente ensaio tem por propósito abordar as questões relacionadas ao direito de objeção de consciência do médico frente ao direito de liberdade de escolha do paciente terminal no que tange à colisão desses dois direitos fundamentais dos indivíduos, com especial enfoque para as possíveis soluções da controvérsia.

Para tanto, fez-se necessário estabelecer no item 1 os delineamentos principais sobre o direito de objeção de consciência, apontando o conceito, as características e os fundamentos no ordenamento jurídico pátrio.

Em seguida, coube destacar o que as autoras entendem pela objeção de consciência para o profissional da Medicina, demonstrando o enquadramento do tema, segundo o vigente Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina Brasileiro, bem com o novel código ainda em *vacatio legis*.

No item 2 descreveu-se o conceito, as características e os fundamentos no Direito Brasileiro do direito de liberdade de escolha do paciente.

Em seguida, apresenta-se a normatização acerca do assunto no que se refere a pacientes em estado terminal, apontando a autonomia de vontade e os meios pelos quais poderá valer-se diante de eventual incapacidade nas situações de finitude da vida, apontando quais os cuidados de saúde deseje ou não ser submetido.

No item 3, apresentou-se o panorama sobre a solução de conflitos entre os direitos fundamentais em análise, fundamentado nas limitações heterônomas dos Direitos Fundamentais, demonstrando a teoria interna e externa, bem como o limites dos limites, destacando o núcleo essencial de proteção dos direitos fundamentais e o critério da proporcionalidade como balizador para pôr fim às controvérsias, em especial o conflito apontado no artigo entre a objeção de consciência do médico e o direito de liberdade de escolha do paciente terminal.

# 1. DIREITO À OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

## 1.1. Conceito, características e fundamentos no direito brasileiro

Inicialmente, faz-se necessário, em breve síntese, contextualizar o tema tratado no presente artigo com as bases democráticas adotadas pela agenda do constituinte brasileiro de 1988.

Após a remoção do governo autoritário e ditatorial no Brasil, necessário se fez ratificar as liberdades conquistadas durante o período de resistência, em especial, entre 1984 e 1988.

Conforme explica Werneck Vianna (2008, p.2), no contexto dessa transição política, sempre sob o registro da negociação, os constituintes identificados com as aspirações por mudanças substantivas, em busca do consenso, procuraram ancorar-se em uma ampla e compreensiva declaração dos direitos fundamentais ao se defrontarem com a opinião conservadora presente na composição da Assembleia Constituinte.

Cumprе salientar que, no processo constituinte, no caminho para a redemocratização brasileira, não houve impasse político para a formulação constitucional dos temas das liberdades, uma vez que foi possível reunir ampla maioria, mais de 70%, da Assembleia Constituinte (LOPES, 2013, p. 176-177). Assim, diante do consenso dos Constituintes, o rol do art. 5º da vigente Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CRFB/88 – pode contemplar substancialmente o direito à liberdade, de maneira bastante fértil, prevendo-a de forma geral e também específica.

Dentro das específicas trazidas pelo texto constitucional, pode-se apontar a liberdade de consciência e a liberdade religiosa, que abrange a de crença e a de culto, descritas da seguinte forma no art. 5º, inc. VI, da CRFB/88: “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e as suas liturgias”.

Traduz-se por liberdade, a faculdade conferida a alguém de fazer ou deixar de fazer alguma coisa. De acordo com a primeira acepção da palavra contida no dicionário, pode-se defini-la como a faculdade de cada um se decidir e agir segundo à própria determinação (FERREIRA, 2000, p. 425). Trata-se, portanto, de um direito de escolha, permitindo que o indivíduo atue segundo a sua própria vontade.

A liberdade de consciência pode ser entendida como o direito que a pessoa tem de fazer suas próprias convicções, escolher seus padrões de valoração ética ou moral sem qualquer ingerência do Estado (MOREIRA, CANOTILHO, 1993, p.293).

Já a liberdade de crença consiste no direito da pessoa adotar ou não uma religião sem ser prejudicada por esse motivo e também o direito de fazer proselitismo religioso.

Por último, a liberdade de culto resume-se no direito, individual ou coletivo, das pessoas praticarem atos externos de veneração próprios de uma determinada religião. Discorrendo sobre o tema, afirma Novelino:

*A liberdade de consciência consiste na adesão a certos valores morais e espirituais, independentes de qualquer aspecto religioso, podendo se determinar no sentido de crer em conceitos sobrenaturais propostos por alguma religião ou revelação (teísmo), de acreditar na existência de um Deus, mas rejeitar qualquer espécie de revelação divina (deísmo) ou, ainda, de não ter crença em Deus algum (ateísmo). Ainda sobre o tema, para ele, a liberdade de culto enquadra-se como uma das formas de expressão da liberdade de crença, podendo ser exercida em locais abertos ao público, desde que observados certos limites, ou em templos (NOVELINO, 2016, p. 350).*

A liberdade religiosa, como todo direito fundamental, não possui caráter absoluto, devendo ser exercitada de forma harmoniosa com os demais direitos e garantias fundamentais protegidos pela CRFB/88, em atenção ao princípio da convivência das liberdades públicas.

Indissociável da liberdade de consciência, a objeção de consciência legítima a recusa do cumprimento de determinado dever jurídico. Ela também pode ser chamada de escusa de consciência ou de imperativo de consciência.

Pode-se entender que o direito de objeção de consciência deriva da própria dignidade da pessoa humana, valor máximo do ordenamento jurídico, previsto no art. 1º, inc. III, da CRFB/88, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, na medida em que é próprio do ser humano autodeterminar-se livre e responsavelmente, para que possa responder por suas ações morais, sem o que não há como ter-se um comportamento moral que possa pressupor um sujeito responsável por seus atos, que age de acordo com a decisão tomada livre e conscientemente.

Corroborando essa ideia, Pamplona e Cardoso (2015, p. 7) afirmam que “o direito de objeção de consciência decorre da dignidade da pessoa humana e da sua capacidade de autodeterminação, ou seja, a escolha do seu próprio critério de decisão”. Canotilho (1993, p. 299) afirma que a objeção de consciência consiste no direito de não cumprir obrigações ou não praticar atos que conflitem essencialmente com os ditames da consciência de cada um.

O direito à objeção de consciência encontra-se previsto no art. 5º, inc. VIII, da CRFB/88, que preceitua: “ninguém será privado de direitos por motivo de crença

religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei”.

Não se pode olvidar que o reconhecimento da inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença somente tem razão de ser se a faculdade de agir conforme suas convicções religiosas, morais e filosóficas for permitida ao indivíduo. Do contrário, a essência do direito terá sido esvaziada.

Dessa forma, o Estado deve assegurar ao indivíduo a possibilidade de se recusar, validamente, a agir contrariamente a tais crenças e convicções. Vale registrar que essas convicções devem ser seriamente arraigadas no indivíduo, de modo que se ele atender ao comando normativo sofrerá grave abalo moral. Assim, somente é invocável a escusa de consciência quando a submissão à norma é apta a gerar insuportável violência psicológica.

Aponta-se que a CRFB/88, em seu art. 19, inc. I, dispõe que é vedado ao Poder Público estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público.

Esse dispositivo constitucional caracteriza o Brasil como um Estado laico, ou seja, em que vige a liberdade religiosa, significando com isso dizer que o Estado não poderá adotar nenhuma religião em detrimento à outra, mas, sim, adotar uma posição de neutralidade.

## **1.2. Objeção de consciência na Medicina**

Nos termos da Resolução 1.931, de 17.09.2009 do Conselho Federal de Medicina, que aprovou o então vigente Código de Ética Médica Brasileiro, no capítulo II, que trata dos direitos dos médicos, a objeção de consciência está inserida nesse rol no inc. IX, afirmando que o médico poderá “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.”

Além disso, o inc. VII, capítulo I, desse código, reforçando essa ideia, salienta: “ficam excetuadas situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.”

Com isso, entende-se que a objeção de consciência médica é a maneira pela qual o profissional da Medicina pode valer-se para recusar legitimamente a prestação de assistência na área da saúde, deixando de realizar alguma conduta terapêutica, por entender que essa é contrária aos ditames da sua consciência, ou até mesmo para realizá-la em desacordo com a vontade do paciente.

Isso significa dizer que o médico poderá deixar de agir em determinado caso alegando que a conduta médica escolhida pelo paciente estaria em desacordo com a sua íntima convicção moral e filosófica, pois atentaria contra a sua dignidade, causando-lhe um verdadeiro abalo moral.

A CRFB/88, quando prevê a objeção de consciência, é de clareza meridiana, no sentido de afirmar que sua validade e exercício efetivo estão condicionados à prestação alternativa fixada em lei. Assim, não se pode atribuir razão ao entendimento de que o médico não pode ser objeto de consciência, pois sua recusa de assistência ao paciente representaria uma medida moral incompatível com a natureza do exercício da própria profissão.

Convém salientar que não há falar na utilização desmedida e desarrazoada da escusa pelo médico, uma vez que como qualquer outro direito fundamental não possui aplicabilidade absoluta e irrestrita.

A título exemplificativo, o médico não pode deixar de atender um indivíduo ferido com projétil de arma de fogo com a justificativa de que é contra a violência. Tal negativa seria teratológica e desvinculada da ética médica. O médico, então, enfrentaria graves consequências no âmbito da responsabilidade civil, penal e profissional.

Cumpra ressaltar ainda que a objeção de consciência também não se aplica quando a recusa caracterizar omissão de socorro. Nesses moldes, alguns Códigos de Ética Médica de outros Estados, a exemplo Uruguai (2014) e Chile (2013) já possuem esclarecimentos quanto a essa questão, salientando, respectivamente, que embora o médico possa se abster da realização de atos contrários à sua consciência, deve buscar assistência alternativa ao paciente e além disso está obrigado a atender os casos que se configurem como emergências.

A Resolução 2.217, de 27.09.2018, do Conselho Federal de Medicina, que aprovou o novo Código de Ética Médica, que entrou em vigor em abril de 2019, igualmente prevê expressamente a invocação da escusa de consciência pelo profissional da medicina, quando trata no capítulo I, dos princípios fundamentais, dispondo no inc. VII que o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Nota-se, portanto, que nos novos moldes, a questão fica melhor delineada.

O Código de Ética Médica, já em vigor também dispõe no inc. XXI, do capítulo I, que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas, consagrando a autonomia da vontade do paciente, devidamente informado de sua situação de saúde.

Outrossim, ressalta-se que o inc. XXII, do mesmo capítulo I, prevê que nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. Esse dispositivo é categórico no sentido de que o médico deve procurar evitar a prática da distanásia, da obstinação terapêutica e do tratamento fútil<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Interessante trazer os conceitos dos institutos relacionados à morte com intervenção, segundo a doutrina de Barroso e Martel: *A Eutanásia é a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos. A Ortotanásia é a morte em seu tempo adequado, não combatida com os métodos extraordinários e desproporcionais utilizados na distanásia, nem apressada por ação intencional externa, como na eutanásia. A Distanásia é a tentativa de retardar a morte o máximo possível, empregando, para isso, todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais*

O direito à objeção de consciência do médico ainda está previsto na novel Resolução, no capítulo II, que trata dos direitos médicos, elencando no inc. IX: que é direito médico recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Corroborando essa ideia, vale dizer que a ética médica baseia-se, sobretudo, no princípio bioético da beneficência e/ou da não maleficência, que se traduz na proteção dos interesses do paciente, visando o seu bem-estar. Não deve, contudo, transmutar-se em paternalismo, sob pena de conflitar com o princípio da autonomia da vontade do paciente (TEPEDINO; BARBOZA; MORAES, 2007. p. 42) ou seja, há de se levar em conta não a vontade do Estado ou do profissional de saúde, mas do próprio titular do direito à vida (PIOVESAN; DIAS, 2017. p. 75).

Não se pode negar que o novo Código de Ética Médica visa a mudança de paradigma para os profissionais da Medicina, com o intuito de eliminar um modelo médico-paternalista para que o paciente tenha mais participação em seus cuidados de saúde.

Discorrendo sobre o assunto, são oportunos os comentários de Silva e Caldas:

*Isso inclui desenvolver uma educação formal que objetive a preparação dos profissionais de saúde para lidar com as questões vinculadas ao envelhecimento, à fragilidade e à finitude. A disseminação dos conhecimentos em cuidados paliativos passa a ser imprescindível tanto para atender à necessidade de profissionais qualificados quanto como um instru-*

---

*ou não, mesmo que isso signifique causar dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável. A obstinação terapêutica é o comportamento médico de combater a morte de todas as formas, como se fosse possível curá-la, em uma luta desenfreada e irracional, sem que se tenha em conta os padecimentos e os custos humanos gerados. Tratamento fútil é o emprego de técnicas e métodos extraordinários e desproporcionais de tratamento, incapazes de ensejar a melhora ou a cura, mas hábeis a prolongar a vida, ainda que agravando sofrimentos, de forma tal que os benefícios previsíveis são muito inferiores aos danos causados. Cuidados paliativos são a utilização de toda a tecnologia possível para aplacar o sofrimento físico e psíquico do enfermo. Procura-se aliviar o padecimento do doente terminal pelo uso de recursos apropriados para tratar os sintomas, como a dor e a depressão. A recusa de tratamento médico é a negativa de iniciar ou de manter um ou alguns tratamentos médicos. Após a informação, o paciente ou seus responsáveis, decide(m) se deseja(m) ou não iniciar ou continuar tratamento médico. O instrumento é o Termo de consentimento livre e esclarecido. A retirada de suporte vital e ordens de não ressuscitação ou não reanimação são partes integrantes da limitação consentida de tratamento, como a suspensão de mecanismos artificiais de manutenção da vida, como hidratação, nutrição, ventilação mecânica. O suicídio assistido ou morte assistida designam a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiro. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer colocando à disposição do paciente meios e condições necessárias à prática (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 22-27).*

## 2. DIREITO À LIBERDADE DE ESCOLHA DO PACIENTE

### 2.1. Conceito, características e fundamentos no direito brasileiro

O art. 1º, III, da CRFB/88 consagra a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República, significando com isso que toda pessoa é um fim em si mesma, tendo responsabilidade sobre sua vida e, por isso, suas decisões não devem ser impostas pela vontade de terceiros.

Entende-se por dignidade da pessoa humana o reconhecimento do indivíduo como um ser moral, capaz de fazer escolhas e assumir as responsabilidades decorrentes delas. Silva, em comentários sobre o tema, conclui e simplifica dizendo:

*A dignidade da pessoa humana “constitui-se como um valor que atrai a realização dos direitos fundamentais do homem, em todas as suas dimensões, e, como a democracia é o único regime político capaz de propiciar a efetividade desses direitos, o que significa dignificar o homem, é ela que se revela como seu valor supremo, o valor que a dimensiona e humaniza (SILVA, 1998. p. 90).*

Num raciocínio kantiano, dignidade da pessoa humana significa que toda pessoa é um fim em si mesma, em que cada um tem responsabilidade sobre sua vida e, nesse sentido, suas decisões não devem ser impostas por uma vontade externa, seja qual for a motivação alienígena.

A dignidade humana é um valor maior, supremo, de contorno moral, ético e espiritual intangível, o qual consoante Otero (2003, p. 217), é “dotado de uma natureza sagrada e de direitos inalienáveis, afirma-se como valor irrenunciável e cimeiro de todo o modelo constitucional, servindo de fundamento do próprio sistema jurídico: O Homem e a sua dignidade são a razão de ser da sociedade, do Estado e do Direito”.

Larenz (1997, p. 38) entende a dignidade da pessoa humana como a prerrogativa do ser humano de ser respeitado como pessoa, de não ter sua vida, corpo ou saúde prejudicados, e de gozar da sua própria existência.

A dignidade da pessoa humana pode, portanto, ser concebida como o efetivo reconhecimento da possibilidade que goza o indivíduo, em boa medida, de escolher quem quer ser, como quer viver, e em última análise, de que maneira quer morrer, dignamente ou por meio de um sofrimento atroz e exacerbado, pois acredita que dessa maneira pagará todos os seus pecados, rumando à vida eterna, de alma purificada ou porque simplesmente crê que essa é a forma eficaz de eliminar e purgar os *karmas* negativos.

Merece destaque o fato de que o exercício do direito de não ser submetido obrigatoriamente a qualquer tipo de tratamento médico continua incólume, independente do motivo que fundamentou a escolha.

Importante esclarecer que não há nenhuma norma legal ou constitucional que disponha sobre obrigatoriedade do paciente submeter-se a alguma espécie de tratamento médico. Pelo contrário, o Código Civil Brasileiro, Lei 10.406, de 10.01.2002, previu dentre os direitos da personalidade, no art. 15: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

O novo Código de Ética Médica (Resolução 2.217/2018, CFM), elenca no capítulo IV, que trata dos direitos humanos, em seu art. 24 a vedação ao médico 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. No Art. 26 também destaca como conduta vedada ao médico deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Importante destacar ainda no âmbito do novo Código de Ética Médica, o capítulo V, que estabelece as regras da relação do médico com o paciente e com os seus familiares. O art. 31 dispõe que é vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

No art. 33, do referido diploma legal, percebe-se que ao médico também está vedado deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo. Trata-se aqui do limite da prática da objeção de consciência, uma vez em que situação de emergência, não será admitida a sua alegação.

No art. 36 é vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados e no § 2º preceitua-se que salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

Já no art. 41 tem-se a vedação médica em abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Esse dispositivo, portanto, é a base legal que proíbe ao médico à prática da eutanásia. No parágrafo único, tem-se: Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. Esse dispositivo, por sua vez, deixa claro que o médico também não pode praticar a distanásia.

Dois realidades não podem ser confrontadas, enquanto a tecnologia e a ciência não apresentarem alternativas outras; a finitude da vida e a impossibilidade de o médico evitar esse acontecimento. Sobre o tema:

*O cuidado deve ser iniciado quando o próprio médico busca conhecer suas possibilidades e limitações e aceitar a vulnerabilidade profissional diante de questões como o tratamento de pacientes em fase terminal. Vivenciar o sofrimento do próximo e oferecer-lhe algo mais que morfina ou sedativos pode ser a descoberta que irá revigorar muitos profissionais que, entediados com a constante pressão dos sistemas de saúde público e*

*privado, vêm atuando como zumbis, repetindo-se em condutas que se tornam frias e mecânicas. Faz-se necessário que os profissionais tomem consciência do caráter finito de sua própria vida para que desejem aprender sobre as formas amorosas e dignas de lidar com a finitude do ser humano.* (SILVA; CALDAS, 2012. p. 235).

Atualmente, tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 5.556/2016, que dispõe sobre os direitos dos pacientes. Apresentado em junho de 2016, de autoria dos Deputados Pepe Vargas, Chico D' Ângelo e Henrique Fontana, o PL já foi aprovado em agosto de 2017 pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias – CDHM, com emendas e complementação de voto da Relatora Deputada Erika Kokay e seguiu para a análise da Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF.

Designada audiência pública para sua discussão e realizada em 10.05.2018, foram ouvidos diversos especialistas sobre o tema. Aprovado na CSSF com complementação de voto, o Projeto foi recebido, em 17.12.2018, pela Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania – CCJ, para decisão terminativa. Caso não haja recurso, o processo legislativo seguirá para a análise do Senado Federal, em observância do sistema bicameral previsto no procedimento ordinário.

## **2.2. Autonomia da vontade dos pacientes terminais**

Em virtude dos avanços científicos e tecnológicos da Medicina, a vida tem sido prolongada por meio de eficientes e onerosos tratamentos médico-hospitalares. Nesse contexto, vem crescendo o debate ético acerca dos direitos do paciente, em especial, de fazerem valer a sua vontade frente a determinadas condutas médicas terapêuticas, principalmente, quando esse paciente se encontrar em situação de terminalidade, diante da finitude da vida, incapaz de manifestar a sua vontade.

Paciente terminal, em linhas gerais, é aquele que está acometido por enfermidade insuscetível de cura, por encontrar-se em estágio avançado, sem prognóstico de retrocesso. Não há possibilidade real de resgatar sua condição de saúde, caminhando, inevitavelmente, para a morte.

A autonomia da vontade do paciente, comumente pode ser concretizada por meio das diretivas antecipadas de vontade que são as manifestações de vontade exaradas pelo paciente no sentido de registrar, consignar quais os tratamentos e cuidados de saúde aos quais quer ou não ser submetido em determinadas situações, em especial, se em decorrência de doença grave, incurável ou terminal não puder mais exprimir sua vontade de forma clara, inequívoca e válida.

As diretivas antecipadas de vontade constituem o gênero, da qual são espécies: o testamento vital e o mandato duradouro. Segundo Dadalto testamento vital define-se como:

*(...) um documento, redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas curativas e impossibilidade de manifestar livremente sua vontade* (DADALTO, 2018. 48).

Diferentemente do testamento civil, tradicionalmente conhecido, em que há manifestações de última vontade do testador com efeitos pós-morte, o testamento vital objetiva ser eficaz em vida. O testador, nesse caso, gozando, à época, de capacidade plena para o ato deixa consignado seus desejos para o momento em que for acometido por enfermidade, que lhe retire a lucidez e/ou a capacidade de autodeterminação.

A Resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva (UTI). Dispõe em seus considerandos que nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal<sup>4</sup>.

Nesse contexto, vale também esclarecer que pacientes terminais, via de regra, não se beneficiam do tratamento em UTI e podem ser tratados com dignidade em outras unidades de internação, tais como, enfermarias, apartamentos, unidades intermediárias e de unidades de cuidados paliativos. Isso significa dizer que a conduta médica que indica internação em UTI pode ser enquadrada, a depender da análise casuística, como inútil ou fútil, e, conseqüentemente, traduzindo um desnecessário desconforto ao paciente.

Cabe ressaltar que a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, que normatiza a ortotanásia, estabelece que, na fase terminal de enfermidades graves, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento.

---

4 A unidade de terapia intensiva (UTI) é um setor hospitalar de alta complexidade, onde se agregam recursos humanos e materiais para realizar suporte avançado de vida em situações críticas e no qual o objetivo é reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico.

Entende-se como paciente crítico aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte, necessitando de suporte para as disfunções orgânicas, tais como ventilação mecânica, hemodiálise e suporte circulatório mecânico, e ainda os pacientes sem nenhuma falência orgânica, mas com alto risco de descompensação e que, por esse motivo, necessitem de vigilância e monitoração contínuas.

As intervenções de suporte à vida consistem nas correções de disfunções orgânicas, comumente realizadas na UTI, como ventilação mecânica, terapia de substituição renal (hemodiálise), suporte circulatório mecânico (balão intra-aórtico, ECMO), suporte hemodinâmico com vasopressores e/ou inotrópicos e manobras de reanimação cardiorrespiratória e cerebral.

Os pacientes em risco de descompensação podem necessitar de monitoração intensiva e contínua neurológica (neurocheck, escala de coma de Glasgow), hemodinâmica (cateter de Swan-Ganz, ritmo cardíaco, pressão arterial invasiva), respiratória (oximetria de pulso) e renal (diurese). Trecho retirado da exposição de motivos da Resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina.

É imprescindível, portanto, a salvaguarda da tomada de decisão do paciente preservando o pleno exercício da autonomia e da dignidade.

A intenção da prática, por meio do registro das diretivas antecipadas de vontade, é fomentar a liberdade de expressão e a manifestação da vontade do paciente terminal, para que ele, segundo as suas próprias convicções, caso queira, registre a maneira como gostaria de ser conduzida a sua vida e a sua saúde nos seus momentos finais ou, ainda, que possa deixar essas decisões a cargo de pessoas interpostas de sua confiança plena. O que se prestigia, como dito, é a intenção, o protocolo de vontades e não a morte com intervenção, que, a depender da modalidade adotada, será considerada ilícita pelo ordenamento jurídico pátrio. Nesse sentido, Dworkin:

*Não podemos compreender o que a morte significa para as pessoas – por que alguns preferem morrer a continuar existindo, permanentemente sedados ou incompetentes; por que outros preferem “lutar até o fim”, mesmo quando em meio a sofrimentos terríveis ou quando já perderam a consciência e não têm como saborear a luta: por que tão poucas pessoas acham que, uma vez inconscientes para sempre, morrer ou viver não faz absolutamente qualquer diferença – não conseguiremos compreender nada disso, ou muitas outras coisas que as pessoas pensam sobre a morte, enquanto não a pusermos de lado por um momento e nos voltarmos para a vida (DWORKIN, 2003. p. 281).*

Vale dizer que a ausência de lei específica sobre a matéria no Brasil, tem dificultado a aplicação das diretivas antecipadas de vontade, pois sua prática padece de alguns receios que não são solucionados pela Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina.

Sobre essa questão, Oliveira (2018, p. 164) assim se posicionou: “O Direito deve respeitar as duas opiniões. Não teria sentido, num Estado democrático, abreviar a vida de quem está em coma se o seu desejo é ir até o fim. Mas também não parece justo proibir aqueles que preferem uma morte digna ser-lhes vedada tal opção”.

De sorte que, para trazer maior efetividade aos direitos do paciente, há necessidade de um diploma normativo regulamentando algumas questões inerentes as diretivas antecipadas de vontade, a exemplo do que já ocorreu em diversos países da Europa e da América Latina.

### **3. SOLUÇÃO DO CONFLITO ENTRE A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DO MÉDICO E A LIBERDADE DE ESCOLHA DO PACIENTE TERMINAL**

#### **3.1. Limitações heterônomas dos direitos fundamentais**

Os direitos fundamentais possuem como uma de suas características a relatividade ou limitabilidade. Significa dizer que não se pode inferir sobre a existência de direitos fundamentais absolutos.

Os direitos fundamentais serão limitados, e em caso de conflito entre eles impõe-se as limitações recíprocas, para que haja harmonia do sistema, configurando o chamado princípio da convivência das liberdades públicas. Duas são as teorias que buscam explicar o assunto, quais sejam, a teoria interna e a teoria externa.

### 3.1.1. Teoria interna

A teoria interna das limitações dos direitos fundamentais preconiza que os limites aos direitos fundamentais são definidos por meio de um processo interno ao próprio direito, ou seja, sua extensão e seu conteúdo se definem por ele mesmo, sem que haja a necessidade de fatores externos para delimitá-los. São conhecidos por limites imanentes, pois inerentes ao próprio direito.

Dessa forma, pela teoria interna, se uma conduta ultrapassar aquele limite do exercício regular daquele direito, ela se torna abusiva, constituindo o verdadeiro abuso de direito.

Vê-se, portanto, que por meio da adoção dessa teoria interna de restrição de direitos fundamentais, esvaziada está a necessidade de ponderação entre direitos em suposto conflito, na medida em que a análise é feita internamente, ou seja, no âmbito interno dos limites do próprio direito. Nesse sentido, afirma Silva:

*Se isso é assim, ou seja, se a definição do conteúdo e da extensão de cada direito não depende de fatores externos e, sobretudo, não sofre influência de possíveis colisões posteriores, a conclusão a que se pode chegar em termos de estrutura normativa, é que **direitos definidos a partir do enfoque da teoria interna têm sempre a estrutura de regras**. Isso porque, se a definição do conteúdo do direito é feita de antemão, isso significa, para usar a expressão de Sieckmann, que a norma que o garante tem **validade estrita**. Segundo ele, validade estrita significa que uma norma será, com certeza, aplicável e produzirá seus efeitos sempre que se tratar de uma situação que se enquadre na hipótese por ela descrita. Se a norma possui validade estrita, ela segue o conhecido raciocínio “tudo ou nada” e não pode ser objetos de sopesamentos (SILVA, 2006, p 18).*

Desta feita, não se pode inferir a ponderação, tendo em vista que, por essa linha de raciocínio, as colisões deixam simplesmente de existir.

### 3.1.2. Teoria externa

A teoria externa, por sua vez, compreende que se inserem em searas distintas o direito e as suas restrições. O conteúdo do direito em si não é atingido, haja vista que as restrições se operam no exercício do direito.

Acerca do assunto, Novelino (2016, p. 286) discorre que são duas etapas claramente distintas. A primeira, identificando o conteúdo do âmbito de proteção (ampla) e a segunda definindo os limites externos (restrições) decorrentes da necessidade de conciliação com outros direitos e bens constitucionalmente protegidos.

Para Silva não se trata de mero detalhe, visto que:

*É principalmente a partir dessa distinção que se pode chegar ao sopesamento como forma de solução das colisões entre direitos fundamentais e, mais do que isso, à regra da proporcionalidade, com suas três sub-regras – adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito. Isso porque é somente a partir do paradigma da teoria externa, segundo o qual as restrições, qualquer que seja a sua natureza, não têm nenhuma influência no conteúdo do direito, podendo apenas, no caso concreto, restringir o seu exercício, que se pode sustentar que, em uma colisão entre princípios, o princípio que tem que ceder em favor de outro não tem afetada a sua validade e, sobretudo, a sua extensão **prima facie**. (SILVA, 2006, p. 20).*

De acordo com essa teoria, as restrições são elementos externos ao próprio conteúdo do direito, ligadas ao seu exercício. No entanto, as restrições aos direitos fundamentais são também normas jurídicas que podem assumir o caráter de regra ou de princípio (ALEXY, 2002, p.282). As restrições podem ser diretamente constitucionais, quando previstas expressamente no texto da constituição ou indiretamente constitucionais, quando regulamentadas em normas infraconstitucionais.

Segundo Trindade (2010, p.12), parece ser a tendência do Supremo Tribunal Federal adotar a teoria externa, e por essa razão a forma de solução dos conflitos deverá ser pautada nos princípios da hermenêutica constitucional, a saber, harmonização ou concordância prática ou cedência recíproca, a ser aplicada casuisticamente sopesando-se os bens jurídicos em conflito para chegar ao resultado a qual deles deverá prevalecer.

Em estudos sobre o tema, comenta Barcellos:

*Uma técnica concebida inicialmente como alternativa à ponderação foi a chamada concordância prática. Por meio dela se buscaria uma otimização dos bens em conflito sem privar qualquer deles de sua garantia jurídico-constitucional. A doutrina registra que o principal instrumento metodológico da concordância prática era (e é) a ideia de proporcionalidade, analiticamente desenvolvida em suas três fases (adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito) pela doutrina alemã e já amplamente incorporada pela doutrina e prática judicial brasileiras (BARCELLOS, 2005, p. 83).*

Nesse ponto também vale dizer que a teoria dos princípios de Alexy está intimamente ligada à teoria externa pois se pauta das ideias de restrição, sopesamento e proporcionalidade. Daí os mandados de otimização consagram um direito provisório restringível e somente se poderá falar em direito definitivo na análise do caso concreto após a ponderação entre os princípios colidentes ou a aplicação das regras do postulado da proporcionalidade (NOVELINO, 2016, p. 287).

## 3.2. Limites dos limites – no âmbito da teoria externa das restrições de Direitos Fundamentais

Verificada a existência de restrições e limites dos direitos fundamentais, no âmbito da teoria externa, surge a necessidade de analisar as balizas para a definição desses limites e até que ponto eles poderão operar dentro da legitimidade constitucional.

Os denominados limites dos limites têm por propósito trazer o conjunto de requisitos formais e materiais estabelecidos na Constituição para que as restrições dos direitos fundamentais se operem, como já dito, legitimamente.

Apontam-se como requisitos formais aos limites quando há exigência de lei para a implementação da restrição, ou seja, estão condicionados à reserva legal, vide art. 5º, inc. II, da CRFB/88, que traz o princípio da legalidade.

E como requisitos materiais, para assegurar a conformidade substancial da lei restritiva com os princípios e regras da constituição, tem-se o princípio da proteção do núcleo essencial e o postulado da proporcionalidade, na sua acepção negativa, quando dispõe acerca da proibição do excesso e, na sua acepção positiva, quando proíbe uma proteção deficiente.

### 3.2.1. Núcleo essencial dos direitos fundamentais

No âmbito dos limites dos limites, encontra-se, como dito, a proteção do núcleo essencial dos direitos fundamentais como requisito material para operacionalizar o controle das restrições/limitações dos direitos fundamentais.

A ideia principal é que existe um conteúdo essencial previsto nos direitos fundamentais que não pode ser violado em hipótese alguma. Sarmento (2004, p.390) dispara: Os direitos fundamentais existem para a proteção e promoção da dignidade da pessoa humana, e esta é ameaçada tanto pela afronta às liberdades públicas, como pela negação de condições mínimas de subsistência do indivíduo.

Em análise ao texto constitucional brasileiro, é possível afirmar que o modelo de proteção ao núcleo essencial dos direitos fundamentais foi adotado por meio da previsão de cláusula pétreas, no art. 60, §4º, CRFB/88, dispondo que não serão permitidas para deliberações propostas de emendas à constituição, tendentes a abolir direitos e garantias individuais.

No entanto, não se pode definir ao certo qual seria esse núcleo intangível dos direitos fundamentais, pois essa análise dependerá das circunstâncias do caso concreto. Nesse sentido, Sarlet:

*Com efeito, resulta elementar que a exata determinação de qual o núcleo essencial de um direito dificilmente poderá ser estabelecida em abstrato e por antecipação, de tal sorte que, ainda que se possa controverter sobre aspectos importantes de sua formulação doutrinária, a razão de fato parece estar com Virgílio Afonso da Silva, ao afirmar que “o conteúdo essencial dos direitos fundamentais é definido a partir da relação entre diversas variáveis – e de todos os problemas que as cercam – como o suporte fático dos direitos fundamentais (amplo ou restrito) e a relação entre os direitos e suas restrições (teorias externa ou interna).” (SARLET, 2009, p. 404).*

### 3.2.2. Critério da proporcionalidade

O critério da proporcionalidade tem um papel imprescindível na temática das limitações dos direitos fundamentais, tendo em vista que terá como função orientar o modo de raciocínio e de argumentação das decisões judiciais envolvendo conflito de direitos fundamentais.

Em que pese não estar definido expressamente no texto constitucional, esse critério pode ser extraído do princípio do devido processo legal, no seu viés substantivo, já que é o regulador da liberdade de conformação do legislador. Assim, oriundo da palavra proporção, que quer dizer comparação, conformidade, simetria, a proporcionalidade visa promover o balizamento no que tange às restrições dos direitos fundamentais.

Faz-se, então, possível analisar a legitimidade das restrições aos direitos fundamentais, para verificar se respeitam a justa medida, a proporção entre causa e efeito, entre meio e fim, por meio da utilização desse critério da proporcionalidade.

Para Ávila a proporcionalidade enquadra-se como um verdadeiro postulado:

*Como postulado estruturador da aplicação de princípios que concretamente se imbricam em torno de uma relação de causalidade entre um meio e um fim, não possui aplicabilidade irrestrita. Sua aplicação depende de elementos sem os quais não pode ser aplicada. Sem um meio, um fim concreto e uma relação de causalidade entre eles não há aplicabilidade do postulado da proporcionalidade em seu caráter trifásico. (ÁVILA, 2007, p. 161).*

A proporcionalidade, como já afirmado, possui acepção negativa e positiva. Quando dispõe acerca da proibição do excesso, assume os contornos da acepção negativa e quando proíbe uma proteção deficiente, assume os contornos da acepção positiva.

Afirma Sarlet (2003, p. 111): “o princípio da proporcionalidade quer significar que o Estado não deve agir com demasia, tampouco de modo insuficiente na consecução de seus objetivos. Exageros, para mais (excessos) ou para menos (deficiência), configuram irretorquíveis violações ao princípio”.

A análise das três etapas adotadas no critério da proporcionalidade, a saber, adequação; necessidade e proporcionalidade em sentido estrito, são tidas na sua acepção negativa, por meio da proibição do excesso.

As etapas devem ser realizadas de forma sucessiva, da seguinte maneira. Na adequação indaga-se se a medida adotada com a restrição é adequada para atingir o fim desejado. Após isso, indaga-se na análise da necessidade se há outra medida menos gravosa a ser adotada no caso. E por fim, a análise da proporcionalidade em sentido estrito se insere numa visão utilitarista de custo-benefício, indagando-se se o resultado pretendido está equilibrado com a restrição imposta e se o direito restringido foi mitigado numa medida compatível com a garantia dada ao direito assegurado (preservando o seu núcleo essencial), é, portanto, a aferição da existência do equilíbrio entre a vantagem obtida e a restrição aplicada.

Nos exatos termos desse critério trifásico da proporcionalidade é que deve ser analisado o confronto entre a objeção de consciência do médico – ao agir ou deixar

de agir –, adotando conduta que vá de encontro ao desejo, à autonomia da vontade, à autodeterminação do paciente terminal.

## CONCLUSÃO

A atuação médica é bastante complexa e envolve não apenas aspectos técnicos, mas também éticos sobre objeção de consciência. É preciso estar atento aos preceitos legais e as questões ligadas à bioética para que o médico não seja impedido de exercer legitimamente o seu direito à objeção de consciência.

Assim, é necessário analisar todos os valores e interesses envolvidos, tanto na legislação quanto na consciência dos indivíduos, para se chegar à conduta mais adequada.

Pela teoria adotada no presente ensaio, as autoras convergem para o raciocínio segundo o qual a forma mais eficaz de realizar a solução do conflito entre o direito à objeção de consciência do médico e a liberdade de escolha do paciente em estágio terminal é por meio da adoção da teoria externa de restrição dos direitos fundamentais, permitindo a lógica do critério de proporcionalidade, que dirá ao final do método trifásico, qual é o direito que deverá prevalecer no caso concreto.

Por suposto, pode-se, então concluir, que muito embora o assunto seja assaz importante para o dia a dia profissional, devido à escassez de pesquisas no Brasil, revelam-se necessários mais estudos e reflexões no sentido de esclarecer os direitos e deveres do médico em relação à objeção de consciência e, ainda os contrapondo aos direitos e deveres do paciente, em especial, aqueles que se encontram em estágio terminal.

Finalmente, desnecessário demarcar a relevância da objeção de consciência como um direito tido como natural e diretamente relacionado à dignidade da pessoa humana e a relevância de sua prática, temperada pelo bom senso, para manter hígdas as convicções éticas, morais e filosóficas de seus titulares.

## REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução Virgílio Afonso da Silva da 5ª edição alemã de 2006. 2. ed., São Paulo, Malheiros, 2015.

ÁVILA, Humberto. *Teoria dos princípios – da definição à aplicação dos princípios jurídicos*. 7.ed., São Paulo, Malheiros, 2007.

BARCELLOS, Ana Paula de. *Ponderação, Racionalidade e Atividade Jurisdicional*, Rio de Janeiro, Renovar, 2005.

BARROSO, Luís Roberto. MARTEL, Letícia de Campos Velho. *A morte como ela é, Dignidade e Autonomia individual no Final da Vida*. Revista da EMERJ, v. 13, n. 50, 2010.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, STF, Secretaria de Documentação, 2017.

BRASIL, *Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.805, de 28.11.2006*. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>.

Acesso em: 10. nov. 2018.

BRASIL, *Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.931, de 17.09.2009*. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm).

Acesso em: 10. nov. 2018.

BRASIL, *Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.995, de 31.08.2012*. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.

Acesso em: 10. nov. 2018.

BRASIL, *Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2.156, de 17.11.2016*. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>.

Acesso em: 13. dez. 2018.

BRASIL, *Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2.217, de 27.09.2018*. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.

Acesso em: 13. dez. 2018.

BRASIL, *Coletânea temática de jurisprudência: Direitos humanos/Supremo Tribunal Federal*. – Brasília: STF, Secretaria de Documentação, 2017.

CAVALCANTI FILHO, João Trindade. *Teoria geral dos direitos fundamentais*. Disponível

em: [https://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticia/anoticia/anexo/joao\\_trindade\\_\\_teoria\\_geral\\_dos\\_direitos\\_fundamentais.pdf](https://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticia/anoticia/anexo/joao_trindade__teoria_geral_dos_direitos_fundamentais.pdf). Acesso em: 11. dez. 2018.

DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Disponível em: <http://www.testamentovital.com.br>. Acesso em: 03. dez. 2018.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida, aborto, eutanásia e liberdades individuais*. Tradução Jefferson Luiz Camargo; revisão da tradução Silvana Vieira. – São Paulo, Martins Fontes, 2003 – (Justiça e Direito).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio século XXI, O minidicionário da língua portuguesa*. 4.ed. Rev. Ampliada, Rio de

Janeiro, Nova Fronteira, 2000.

GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana (coordenadores). *Tratado brasileiro sobre direito fundamental à morte digna*, São Paulo, Almedina, 2017.

LARENZ, Karl. *Metodologia da Ciência do Direito (Methodenlehre der Rechtswissenschaft)*, trad. de José Lamego, 3. ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

LOPES, Júlio Aurélio Vianna. *A Carta da Democracia. 25 anos. Como foi feita a Constituição de 1988*, São Paulo, Editora de Cultura, 2013.

MOREIRA, Vital; CANOTILHO, José Gomes. *Constituição da República Portuguesa Anotada*. v. 1. 3. ed., Coimbra, Coimbra, 1993.

NOVELINO, Marcelo. *Curso de Direito Constitucional*. 11. ed. rev., ampl. e atual. Salvador, JusPodivm, 2016.

OLIVEIRA, José Maria Leoni Lopes de. *Direito Civil, parte geral*. 2. ed., rev. atual, Rio de Janeiro, Forense, 2018.

OTERO, Paulo. *Legalidade e administração pública – O Sentido da vinculação administrativa à juridicidade*, Lisboa, Almedina, 2003.

PAMPLONA, Raquel; CARDOSO, Soraia. *Os Novos Contornos do Direito de Objeção de Consciência. Os fundamentos e a evolução do direito à objeção de consciência no direito constitucional português. Análise de um direito em permanente evolução e presente em diferentes realidades*. CEDIS Working Papers. Direito, Estado e Religião. n. 3. julho, 2015.

PIOVESAN, Flávia; DIAS, Roberto. *Proteção Jurídica da Pessoa Humana e o Direito à morte digna*. In: DADALTO, Luciana; GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão (coordenadores). *Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna*, São Paulo, Almedina, 2017.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer, eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos*. 2. ed., Belo Horizonte, Del Rey, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Constituição e Proporcionalidade*. Revista de Estudos Criminais, v. 3, n. 12. Porto Alegre, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.

10. ed., rev., atual. e ampl., Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2009.

SARMENTO, Daniel. *Os direitos fundamentais nos paradigmas liberal, social e pós-social – (pós-modernidade constitucional?)* In: SAMPAIO, José Adércio Leite (coord.). *Crise e desafios da constituição*, Belo Horizonte, Del Rey, 2004.

SILVA, Giliane Carvalho e; CALDAS, Célia Pereira. *Bioética: um enfoque necessário ao aprendizado social no processo de envelhecer*. In: TAQUETTE, Stella R.; CALDAS, Célia Pereira (organizadores) *Ética e pesquisa com populações vulneráveis*, Rio de Janeiro, EdUERJ, 2012.

SILVA, José Afonso da. *A dignidade da pessoa humana como valor supremo da democracia*. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, p. 89-94, abr/jun 1998.

SILVA, Virgílio Afonso. *O conteúdo essencial dos direitos fundamentais e a eficácia das normas constitucionais*. *Revista de Direito do Estado*, Ano 1, n. 4, p. 23-51, out/dez 2006.

TEPEDINO, Gustavo; BARBOZA, Heloísa Helena; MORAES, Maria Celina Bodin de. *Código Civil interpretado conforme a Constituição da República*. 2. ed. rev. atual, Rio de Janeiro, Renovar, 2007.

WERNECK VIANNA, Luiz. *O terceiro poder na Carta de 1988 e a tradição republicana, mudança e conservação*. In: R. G. Oliven *et alii* (orgs.), *A Constituição de 1988 na vida brasileira*, São Paulo, Hucitec/Anpocs/Fundação Ford, 2008. Disponível em: <http://blog.estudoshumeanos.com/wp-content/uploads/2008/12/artigowerneck-vianna.pdf>. Acesso em 10. ago.2018.