

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO E AUTONOMIA DO PACIENTE: O CONFLITO ENTRE DEVERES E A LIBERDADE DE ESCOLHA

CIVIL LIABILITY OF THE PHYSICIAN AND PATIENT AUTONOMY: THE CONFLICT BETWEEN DUTIES AND THE FREEDOM OF CHOICE

RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MÉDICO Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE: EL CONFLICTO ENTRE DEBERES Y LA LIBERTAD DE ELECCIÓN

Anna Livia Pimentel Guimarães¹

Nilton Vale Cavalcante²

RESUMO: Em uma era marcada pelo avanço da medicina e pelo fortalecimento dos direitos individuais, o embate entre o dever de cuidado do médico e a autonomia do paciente torna-se cada vez mais relevante e complexo. Este Trabalho analisa o conflito jurídico entre a responsabilidade civil do profissional de saúde e a liberdade de escolha do paciente, refletindo sobre os limites desses dois preceitos fundamentais e suas implicações práticas no exercício da medicina. A responsabilidade civil médica, fundamentada na ideia de culpa e no dever de indenizar danos decorrentes de erro profissional, contrapõe-se à autonomia do paciente, assegurada constitucionalmente como expressão da dignidade humana e da liberdade individual. A investigação foi conduzida por meio de pesquisa bibliográfica, legislativa e jurisprudencial, com ênfase em obras especializadas em Direito Civil, Direito Médico e Direito Constitucional, buscando contribuir para a compreensão dos contornos jurídicos que envolvem a atuação médica, a segurança profissional e o respeito à vontade do paciente.

6233

Palavras-chave: Responsabilidade civil. Autonomia do paciente. Dignidade da pessoa humana. Direito médico. Consentimento informado.

ABSTRACT: In an era marked by the advancement of medicine and the strengthening of individual rights, the clash between the physician's duty of care and the patient's autonomy becomes increasingly relevant and complex. This paper analyzes the legal conflict between the civil liability of healthcare professionals and the patient's freedom of choice, reflecting on the limits of these two fundamental principles and their practical implications in the exercise of medicine. Medical civil liability, based on the notion of fault and the duty to compensate for damages resulting from professional error, contrasts with patient autonomy, constitutionally guaranteed as an expression of human dignity and individual freedom. The research was conducted through bibliographical, legislative, and jurisprudential analysis, with emphasis on specialized works in Civil Law, Medical Law, and Constitutional Law, aiming to contribute to a better understanding of the legal boundaries involving medical practice, professional security, and respect for the patient's will.

Keywords: Civil liability. Patient autonomy. Human dignity. Medical law. Informed consent.

¹ Graduanda do curso de Direito da Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, Tocantins.

² Orientador do curso de Direito da Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, Tocantins.

RESUMEN: En una era marcada por el avance de la medicina y el fortalecimiento de los derechos individuales, el enfrentamiento entre el deber de cuidado del médico y la autonomía del paciente se vuelve cada vez más relevante y complejo. Este trabajo analiza el conflicto jurídico entre la responsabilidad civil del profesional de la salud y la libertad de elección del paciente, reflexionando sobre los límites de estos dos preceptos fundamentales y sus implicaciones prácticas en el ejercicio de la medicina. La responsabilidad civil médica, basada en la idea de culpa y en el deber de indemnizar los daños derivados de un error profesional, se contrapone a la autonomía del paciente, garantizada constitucionalmente como expresión de la dignidad humana y de la libertad individual. La investigación se llevó a cabo mediante un estudio bibliográfico, legislativo y jurisprudencial, con énfasis en obras especializadas en Derecho Civil, Derecho Médico y Derecho Constitucional, buscando contribuir a la comprensión de los contornos jurídicos que abarcan la actuación médica, la seguridad profesional y el respeto a la voluntad del paciente.

Palabras clave: Responsabilidad civil. Autonomía del paciente. Dignidad de la persona humana. Derecho médico. Consentimiento informado.

I. INTRODUÇÃO

A responsabilidade civil surgiu da necessidade de compensar danos causados a outrem, impondo ao agente causador o dever de reparação. No campo médico, essa noção suscita questionamentos sobre os limites da atuação profissional e o alcance da culpa diante de resultados adversos. Historicamente, a medicina se desenvolveu como prática empírica, baseada sobretudo na experiência e na intuição do médico, sem respaldo científico sistematizado. Tal ausência de padronização comprometia a proteção do paciente e expunha o profissional à insegurança jurídica decorrente de eventuais litígios (UDELSMANN, 2002). 6234

A partir da década de 1990, com o advento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), observou-se uma profunda transformação nesse cenário, marcada pela adoção de protocolos, diretrizes e métodos científicos que conferiram maior previsibilidade e segurança às práticas clínicas. Essa padronização reduziu a subjetividade das decisões intuitivas, promovendo reproduzibilidade e uniformidade na assistência à saúde (SUR; DAHM, 2011).

Além de aprimorar a qualidade do cuidado, a formalização das condutas médicas teve reflexos jurídicos relevantes, ao servir como instrumento de proteção para o profissional. O cumprimento de normas técnicas reconhecidas passou a demonstrar diligência e conformidade com o estado da arte da medicina. Assim, a transição da medicina empírica para a medicina baseada em evidências representa não apenas um avanço científico, mas também um importante reforço à segurança jurídica e à confiança social na prática médica.

Entretanto, esse novo paradigma trouxe consigo uma crescente cobrança por resultados e uma ampliação da responsabilização do médico, contribuindo para a consolidação da chamada

“cultura da indenização”. Diante disso, a atuação médica passou a ser permeada por novos desafios e exigências, reafirmando a relevância da responsabilidade profissional no exercício da medicina contemporânea.

A responsabilidade civil do médico decorre da culpa em sentido amplo, que abrange tanto o dolo — a intenção deliberada de causar dano — quanto a culpa stricto sensu. A verificação dessa responsabilidade exige a presença de três elementos: o dano, o nexo causal entre a conduta e o resultado, e a culpa, entendida como previsibilidade do resultado aliada à ausência de diligência necessária para evitá-lo. Estabelecidos tais requisitos, configura-se o dever de indenizar (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 15-16).

Por outro lado, incide o princípio da autonomia do paciente, amparado pela dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/1988) e pela liberdade individual (art. 5º, caput, CF/1988), que asseguram ao indivíduo o direito de escolher livremente sobre sua própria vida, desde que não viole direitos de terceiros. O Código Civil, em seu artigo 13, reconhece expressamente o direito ao próprio corpo como direito de personalidade, reforçando a vedação a intervenções médicas não consentidas, conforme o disposto no artigo 11 do mesmo diploma.

Nesse contexto, destaca-se o Termo de Consentimento Informado como instrumento essencial para equilibrar a autonomia do paciente e a segurança jurídica do profissional. Esse documento formaliza a manifestação de vontade do indivíduo, registrando sua concordância com os procedimentos propostos e os riscos envolvidos, e ao mesmo tempo comprova a diligência médica. Tal prática representa um diálogo indispensável entre o respeito à autodeterminação do paciente e o cumprimento ético-técnico da profissão (CABRAL, 2024).

6235

Diante do aumento das demandas judiciais envolvendo a conduta médica e dos frequentes conflitos entre a responsabilidade profissional e os direitos fundamentais do paciente, o tema revela-se de grande relevância social e prática. O presente estudo adota abordagem qualitativa, com base em pesquisa bibliográfica, legislativa e jurisprudencial, abrangendo os campos do Direito Civil, do Direito Médico e do Direito Constitucional. Busca-se, assim, contribuir para a compreensão dos contornos jurídicos que envolvem a atuação médica, a segurança profissional e o respeito à vontade do paciente, promovendo uma reflexão integrada entre os aspectos éticos, técnicos e normativos que moldam a relação contemporânea entre médico e paciente.

Portanto, o presente estudo aborda a responsabilidade civil do médico em relação à autonomia do paciente, buscando identificar o ponto de tensão entre o dever profissional de

zelar pela segurança e o direito individual de decidir sobre o próprio tratamento. Assim, o objetivo geral é analisar a antinomia existente entre a obrigação médica de agir conforme o melhor interesse terapêutico e a liberdade do paciente de escolher o rumo de sua intervenção, evidenciando o dilema ético e jurídico que se estabelece entre esses dois princípios fundamentais.

2. NECESSIDADE DE PADRONIZAÇÃO E CIENTIFIZAÇÃO DA MEDICINA

A medicina surgiu como um modelo de prática baseado essencialmente na experiência pessoal do médico. De modo que, a atuação do profissional da medicina era respaldada na observação direta dos sintomas e em métodos que em grande medida, dependiam da intuição, da habilidade individual e da repetição de práticas que, ao longo do tempo, demonstraram certa eficácia. Sendo resultado, portanto, de uma prática empírica, sem necessariamente contar com validação científica sistemática (UDELSMANN, 2002).

Entretanto, em 1990, como mencionado na introdução, Sur e Dahm (2011) explicitam o surgimento de um instituto nomeado: ‘Medicina Baseada em Evidências (MBE)’, representando um marco importante na transição da medicina empírica — centrada na experiência individual do profissional — para uma medicina padronizada e cientificamente fundamentada. Essa mudança refletiu uma necessidade crescente de desenvolver instrumentos formais de apoio à decisão médica, capazes de reforçar o perfil científico da prática médica e reduzir a variabilidade das condutas clínicas. Nesse novo paradigma, o conhecimento passa a ser sistematizado, analisado criticamente e aplicado com base em protocolos e diretrizes clínicas, o que confere maior previsibilidade e segurança tanto para o profissional quanto para o paciente.

As raízes históricas da padronização remontam à necessidade de normatizar práticas para garantir a repetibilidade e a eficiência dos processos, em diferentes áreas da ciência e da técnica. Na medicina, esse processo consiste na criação de normas técnicas — como diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e algoritmos de diagnóstico — cujas especificações visam assegurar a compatibilidade, a reproduzibilidade e a equivalência dos procedimentos realizados por diferentes profissionais de saúde. Ao formalizar os métodos de cuidado, a padronização busca reduzir a subjetividade, as práticas baseadas apenas na intuição ou na tradição, e, sobretudo, os erros evitáveis (RAPOSO, 2024).

Essa formalização traz implicações importantes no campo jurídico, especialmente no que diz respeito à responsabilidade civil do médico. Em um cenário no qual a prática médica é respaldada por diretrizes baseadas em evidências sólidas, o cumprimento dessas normas técnicas pode funcionar como elemento de proteção do profissional. Isso porque, ao seguir protocolos reconhecidos e atualizados, o médico demonstra que sua conduta foi diligente, prudente e conforme o estado da técnica da ciência médica. Em eventual situação de litígio, a adesão documentada a esses parâmetros pode ser utilizada como prova de que a conduta adotada estava em consonância com o que se espera de um profissional capacitado e atento às boas práticas.

Portanto, a padronização, além de representar um avanço na qualificação científica da medicina, funciona também como um mecanismo de segurança jurídica. Ela ajuda a balizar as expectativas da sociedade quanto à atuação médica, reduz a margem de arbitrariedade nas decisões clínicas e colabora para estabelecer critérios objetivos na análise de possíveis falhas profissionais. Em última instância, essa evolução da medicina empírica para uma medicina sistematizada e baseada em evidências é fundamental não apenas para a melhoria da qualidade assistencial, mas também para a proteção do próprio profissional de saúde diante de um ambiente cada vez mais judicializado.

6237

3. REPONSABILIDADE CIVIL

3.1 A RESPONSABILIDADE CIVIL

A palavra “responsabilidade” refere-se à obrigação que uma pessoa tem de assumir as consequências de seus atos, especialmente quando causam prejuízo a terceiros. No campo jurídico, ela está relacionada ao dever de reparar danos decorrentes de condutas ilícitas ou, em alguns casos, até mesmo de atos lícitos que resultem em prejuízo, conforme estabelece o ordenamento jurídico brasileiro. Dessa maneira, a responsabilidade civil surge como o dever jurídico de indenizar alguém em razão da violação de um direito ou da prática de um ato que gere prejuízo a outrem (UDELSMANN, 2002).

A responsabilidade civil encontra respaldo no princípio jurídico do neminem laedere, que impõe o dever geral de abstenção de condutas capazes de causar danos a terceiros. Nesse contexto, qualquer indivíduo que, por meio de ação ou omissão, viole um direito alheio e cause prejuízo, deve ser juridicamente compelido à reparação do dano (NUCCI, MAHUAD e MAHUAD, 2015, p. 34).

Nessa perspectiva, fica evidenciado que o prejuízo é elemento essencial para a caracterização da responsabilidade civil, que pode assumir duas formas: a subjetiva, quando há verificação de dolo ou culpa, ou objetiva, nos casos em que, diante do risco inerente à atividade, a obrigação de indenizar independe da verificação de culpa (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

No Direito, para que haja a configuração da responsabilização civil de um agente, é imprescindível a presença de dois elementos essenciais, sendo eles: o dano e o nexo de causalidade. O dano representa um prejuízo concreto, experimentado pela vítima, podendo ser de natureza patrimonial ou extrapatrimonial. Trata-se, portanto, de uma lesão efetiva a um bem juridicamente tutelado. Por sua vez, o nexo de causalidade corresponde à conexão lógica e jurídica entre a conduta do agente — seja ela uma ação ou omissão — e o efeito do ato. Esse vínculo causal é o que permite demonstrar que o comportamento do agente foi determinante para a ocorrência do prejuízo. A conduta, por sua vez, pode ser ilícita, caracterizando responsabilidade subjetiva (em que se exige a demonstração de culpa), ou lícita, nos casos de responsabilidade objetiva, quando a atividade exercida envolve risco e a prova de culpa é dispensável, como discorrido no parágrafo supracitado (CORDEIRO; MENDONÇA; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2011).

6238

Dessa forma, é por meio da identificação clara do nexo causal que se torna possível atribuir o dano a um agente específico, estabelecendo sua responsabilidade pelo evento lesivo e legitimando a obrigação de reparação.

3.1.1 A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) reforça o papel do médico como um profissional que deve atuar com competência, honestidade e respeito à vida. Em seu artigo primeiro é aludido o alvo de atenção do médico, sendo imputado a ele toda a atenção à saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

No âmbito da relação médico-paciente o Código de Defesa do Consumidor disciplina e regula a aplicabilidade e natureza da responsabilidade civil. Isso pois, o desempenho laboral médico pode ser caracterizado como a prestação de um serviço de saúde, cujo profissional figura então o polo do fornecedor, e os pacientes o polo consumidor, consequentemente implicando a incidência do artigo 14 do CDC, que elucida:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Por outro lado, o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) em seu Capítulo I item XX evidencia que “a natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo”. Apesar disso, os dispositivos que disciplinam as relações médico-paciente na prática são tanto o Código Civil quanto o próprio CDC.

3.1.2 A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA NO CAMPO JURÍDICO

A responsabilidade civil do médico na legislação e doutrina brasileira é, predominantemente, de natureza subjetiva (NUCCI, MAHUADE e MAHUADE, 2015, p. 69), ou seja, exige-se a comprovação de culpa para a caracterização do dever de indenizar. Isso pois, a responsabilidade civil médica refere-se à obrigação do médico de reparar os danos causados ao paciente em decorrência de sua atuação profissional, quando esta for inadequada, imprudente ou negligente. Além disso, ela estaria inserida no contexto da responsabilidade profissional, sendo caracterizada por sua atuação baseada em competência técnica, prudência e diligência, 6239 com o objetivo de assegurar a melhor qualidade do atendimento à saúde do paciente.

Esse entendimento está fundamentado na Teoria da Culpa, conforme os artigos 186 e 927 do Código Civil. O artigo 186 dispõe que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, comete ato ilícito”. Já o artigo 927 estabelece que “aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo” (BRASIL, 2002).

Além disso, como demonstrado no Capítulo supracitado no artigo 14º §4º do CDC é abordada a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais, e conclui-se que sua apuração será dada mediante a verificação de culpa. Assim, para que haja a responsabilização do médico, é necessário comprovar não apenas o ato ilícito (ação ou omissão), dano e o nexo de causalidade entre o ato e o dano, mas também a existência de culpa (negligência, imprudência ou imperícia). (FLORENCE, 2021).

Por outro lado, na Resolução CFM nº 2.217/2018 (Art. V do Capítulo I) elucida que no exercício de sua profissão, o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos, de modo a usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente, aplicando as técnicas e

conhecimentos reconhecidos pela ciência médica, respeitando as normas éticas e técnicas vigentes. Assim sendo, a responsabilidade seria, portanto, tanto subjetiva, quando relacionada à demonstração de culpa (negligência, imprudência ou imperícia), quanto objetiva, quando a atividade médica envolve riscos que podem ser mitigados ou controlados, independentemente de culpa.

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) destaca que o médico deve atuar com prudência e zelo, tomando todas as medidas necessárias para garantir o melhor tratamento possível ao paciente. Além disso, o profissional da saúde deve tomar decisões de acordo com o melhor conhecimento científico disponível, observando sempre os limites da profissão e respeitando os direitos do paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Nesse sentido, a responsabilidade do médico não se restringe à simples execução de procedimentos médicos, mas se estende à comunicação adequada com o paciente, ao diagnóstico preciso e à escolha das melhores alternativas terapêuticas, sempre pautadas pela boa prática médica (DEFANTE et al., 2024).

Diante do exposto, fica evidente que as fontes formais do direito médico reconhecem que o profissional deve ter o compromisso de agir com zelo, aplicando seus conhecimentos de forma que evite danos ao paciente e utilize de técnicas aprimoradas e cientificamente respaldadas em um índice de aperfeiçoamento e evolução prática. A responsabilidade civil do médico, assim, é um reflexo da confiança depositada pelo paciente em seu profissionalismo e competência. A violação dessa confiança, por meio de práticas inadequadas ou da falha na prestação de serviços médicos, configura a obrigação de reparar o dano causado.

Portanto, a responsabilidade civil médica implica em um dever não apenas de prevenir danos, mas de aplicar os mais altos padrões técnicos e éticos da profissão, visando sempre à segurança e ao bem-estar do paciente.

4. A AUTONOMIA DO PACIENTE

No ordenamento jurídico brasileiro, a autonomia do paciente é reconhecida como um direito fundamental, derivado do princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal (CF, 1988). Esse princípio assegura ao indivíduo o direito de tomar decisões sobre sua própria vida e corpo. Ademais, no artigo 5º, caput, do texto constitucional (CF/88) é assegurada a liberdade como um direito fundamental, abrangendo a liberdade de ação, pensamento e a autodeterminação nas escolhas individuais.

4.1 LIBERDADE DE ESCOLHA E RECUSA DE TRATAMENTO MÉDICO

O princípio constitucional da autodeterminação, intrinsecamente ligado à dignidade da pessoa humana, assegura ao indivíduo o direito de tomar decisões sobre sua própria vida e corpo, incluindo a recusa a tratamentos médicos, desde que esteja em pleno gozo de sua capacidade civil e consciente das consequências de sua escolha (BELTRÃO, 2016).

A antinomia surge, portanto, no dever do médico de aplicação de técnicas e raciocínios aprimorados e cientificamente respaldados para a garantia do tratamento mais adequado do paciente sobre o seu cuidado, em face da escolha individual do paciente quanto a recepção ou não da solução terapêutica apresentada para o manejo da restauração do seu bem-estar.

A Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamenta a recusa terapêutica, reconhecendo o direito do paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente de recusar a terapêutica proposta em tratamento eletivo, desde que informado dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.

No Brasil, existem discussões sobre até que ponto deve ser estendido o dever do médico diante de uma recusa terapêutica motivada pela crença religiosa do paciente. A própria Constituição declara a inviolabilidade da liberdade de crença e de consciência, conforme a seguinte redação: “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” (BRASIL, 1988). Apesar disso, muitas discussões continuaram a repercutir no campo normativo e jurisprudencial.

A Resolução nº 1.021/1980 do Conselho Federal de Medicina aplicada até o ano de 2020, estabelecia as condutas que os médicos deveriam adotar diante de situações envolvendo transfusão de sangue e recusa do paciente. De acordo com essa norma, caso não existisse risco imediato à vida, o médico deveria respeitar a decisão do paciente ou de seus responsáveis. No entanto, se houvesse perigo iminente de morte, o profissional estava autorizado a realizar a transfusão mesmo sem consentimento, priorizando a preservação da vida acima da vontade individual (CFM, 1980).

Entretanto, com o surgimento de tratamentos alternativos à transfusão sanguínea disponíveis, a partir da década de 2010, o judiciário entendeu que o paciente poderia optar pela recusa terapêutica do procedimento transfusional tradicional. Entretanto, entende-se que não há direito à indenização quando a própria recusa do paciente impede a realização do

procedimento, isso pois atendimento e serviço estava devidamente disponível (LARA; TOMASEVICIUS FILHO, 2022).

Nesse cenário, em setembro de 2024, o Supremo Tribunal Federal (STF) consolidou seu posicionamento ao julgar os Recursos Extraordinários 979.742 e 1.212.272, reconhecendo o direito do paciente de recusar tratamento de saúde por motivos religiosos, desde que a decisão seja inequívoca, livre, informada e esclarecida, inclusive quando manifestada por meio de diretiva antecipada de vontade.

Nos julgamentos dos recursos supramencionados, o caso tratava-se sobre Testemunhas de Jeová, e a opção religiosa pautada na recusa da abordagem terapêutica que implique em transfusão sanguínea. O STF, por sua vez, reconheceu que quando maiores e capazes, os pacientes têm o direito de recusar procedimentos médicos que envolvam transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa. Como consequência, o Estado deve oferecer procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), podendo, se necessário, recorrer a tratamento fora do domicílio do paciente, caso haja viabilidade técnica científica de sucesso, anuênciia da equipe médica e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente.

4.2 ORTOTANÁSIA

6242

Outro exemplo que reafirma a autonomia do paciente está pautado no conceito da “morte digna”. Dentre os desdobramentos do princípio constitucional da dignidade humana, está o direito à vida e a proteção da morte digna. Sob a luz do instituto ora apresentado, tem sido destacada a relevância do respeito às vontades do paciente para a melhora de seu bem-estar ao fim da vida. Nesse cenário, surge a discussão sobre a ortotanásia.

A ortotanásia é a prática médica que consiste em permitir que pacientes em estado terminal ou com doenças incuráveis venham a falecer de forma natural, sem a adoção de intervenções médicas desproporcionais que apenas prolongariam o processo de morte e o sofrimento do paciente. Diferentemente da eutanásia, que envolve ações para antecipar a morte, a ortotanásia busca evitar a distanásia, que é o prolongamento artificial da vida por meio de tratamentos fúteis. O objetivo da ortotanásia é proporcionar uma morte digna, respeitando a autonomia do paciente e focando em cuidados paliativos que aliviem a dor e o sofrimento, sem recorrer a procedimentos invasivos que não trariam benefícios reais ao paciente (AVRITZER; COSTA; PEREIRA, 2013).

Dessa forma, isso implica no reconhecimento de que o prolongamento artificial da vida, em situações de sofrimento extremo e irreversível, pode contrariar os princípios constitucionais supracitados, sendo legítima a recusa de tratamentos que apenas prolonguem o processo de morrer, sem perspectiva de recuperação ou melhoria na qualidade de vida, desde que seja uma decisão consciente e informada do paciente (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). Assim, o direito à morte digna é uma extensão lógica do direito à vida digna.

Portanto, fica esclarecido que após diversos debates e discussões em uma tentativa de regulamentar a postura profissional do médico diante da autonomia do paciente em recusar um tratamento. Dessa maneira, o dever, assumido pelo médico de salvar vidas não pode se sobrepor à vontade do paciente em nenhuma hipótese em que este, gozando de plena capacidade civil e competência, manifeste sua recusa de forma consciente e lúcida e estando devidamente orientado quanto aos riscos e às consequências aos quais está se submetendo ao tomar aquela decisão.

5. O TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO COMO INSTRUMENTO JURÍDICO DE PROTEÇÃO RECÍPROCA

Conforme discorrido acima, o CDC caracterizou a relação médico-paciente como este sendo o cliente e aquele figurando o polo do fornecedor, prestador de serviços. Ao enquadrar essa relação como consumerista, dentro da responsabilidade civil, o médico, consequentemente, assume o dever de informação conforme a seguinte redação:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Além disso, frisa-se que o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana confere a possibilidade de reação do paciente diante das informações que lhe são prestadas a respeito de seu estado de saúde, de modo a interferir no seu tratamento e nas consequentes escolhas quanto ao seu tratamento.

Diante disso, surge o termo de consentimento informado como uma forma de resguardar o posicionamento adotado pelo médico, em face de uma decisão do paciente baseada em sua capacidade de autogoverno e cuidado (FEIJÓ; FRAMIL; GIANVECCHIO, 2022).

O termo de consentimento informado é um instrumento fundamental na relação entre médico e paciente, pois representa a expressão livre e consciente da vontade do indivíduo em se submeter a determinado procedimento de saúde. Ele só é válido quando o paciente recebe

previamente informações claras, completas e compreensíveis sobre o diagnóstico, o tipo de tratamento proposto, os possíveis riscos envolvidos, as alternativas existentes e as consequências da escolha feita, manifestando assim o dever de informação do médico. (MANZINI; MACHADO FILHO; CRIADO, 2020, p. 4).

Ou seja, seu objetivo é assegurar o respeito à dignidade e à liberdade individual do paciente, permitindo que ele participe ativamente das decisões sobre sua própria saúde, além de proteger o médico em uma eventual demanda judicial, pois através dele, denota-se um procedimento transparente e dialogado. Dessa forma, o consentimento informado reforça a ética médica e o princípio da autodeterminação, evitando as práticas abusivas, mas também resguardando o posicionamento profissional do médico (RODRIGUES; SILVA, 2019).

Portanto, o termo de consentimento informado não se resume a uma simples assinatura de documento, mas a um verdadeiro processo de comunicação e confiança entre profissional e paciente. Materializando então, um verdadeiro instrumento jurídico de proteção recíproca. Visto que, por um lado ele reafirma o dever de informação, cuidado e transparência do médico, em face da proteção constitucional da autonomia e autodeterminação do indivíduo diante da escolha quanto ao tratamento em que será submetido.

6244

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender que a relação médico-paciente constitui um espaço de complexa interação entre ciência, ética e direito. Ao longo da análise, verificou-se que a responsabilidade civil do médico e a autonomia do paciente não são institutos antagônicos em essência, mas princípios que coexistem em permanente tensão e diálogo, buscando um ponto de equilíbrio entre a segurança técnica da prática médica e o respeito à liberdade individual do paciente. Esse equilíbrio é justamente o cerne das transformações contemporâneas no campo da saúde, em que o avanço científico e a consolidação de direitos fundamentais caminham lado a lado.

A partir da contextualização histórica da prática médica, evidenciou-se que a medicina, originalmente empírica e marcada pela subjetividade das condutas individuais, evoluiu para um modelo racional e cientificamente fundamentado com o advento da Medicina Baseada em Evidências. Essa transição representou não apenas uma conquista científica, mas também um marco jurídico, pois passou a oferecer parâmetros objetivos para a aferição da diligência profissional. O cumprimento de protocolos, diretrizes e normas técnicas passou a constituir

elemento relevante de aferição da responsabilidade civil do médico, servindo como instrumento de proteção tanto para o profissional quanto para o paciente. Assim, a padronização das práticas médicas não apenas eleva o nível técnico da assistência à saúde, mas também reforça a previsibilidade e a segurança jurídica da atividade médica.

Entretanto, o avanço técnico-científico não eliminou os dilemas éticos e jurídicos que permeiam a prática médica. Pelo contrário, tornou-os mais evidentes. O médico, ao mesmo tempo em que se vê compelido a adotar condutas diligentes e cientificamente embasadas, encontra-se diante de pacientes cada vez mais conscientes de seus direitos e de sua autonomia. O paciente contemporâneo não é mais um sujeito passivo do tratamento, mas um participante ativo nas decisões que envolvem seu corpo e sua saúde. Surge, então, a necessária conciliação entre o dever de cuidado do médico e o direito do paciente de decidir livremente sobre as intervenções que deseja ou não se submeter, amparado pelos princípios da dignidade da pessoa humana e da autodeterminação.

Nesse contexto, a responsabilidade civil do médico assume contornos mais complexos. De acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, essa responsabilidade é, em regra, subjetiva, exigindo a comprovação da culpa em suas formas clássicas — negligência, imprudência ou imperícia —, além da presença do dano e do nexo de causalidade. Contudo, as mudanças na dinâmica social e a crescente judicialização da medicina vêm impondo ao profissional uma carga cada vez maior de prudência e diligência, ampliando a necessidade de comprovação documental de que todas as condutas foram pautadas pelas boas práticas e pela comunicação transparente com o paciente.

Por outro lado, a autonomia do paciente, como desdobramento do princípio da dignidade da pessoa humana, consolidou-se como direito fundamental de caráter personalíssimo, garantindo ao indivíduo o poder de escolha sobre seu próprio corpo e tratamento. A Constituição Federal de 1988, ao consagrar a liberdade e a autodeterminação, bem como o Código Civil ao proteger os direitos de personalidade, reforçam a legitimidade da recusa terapêutica, ainda que esta se contraponha à conduta tecnicamente indicada pelo médico. O reconhecimento, pelo Supremo Tribunal Federal, do direito do paciente de recusar tratamentos por razões religiosas (como o caso mencionado das testemunhas de jeová e sua posição diante de procedimentos de transfusão de sangue) reafirma a prevalência da liberdade individual em um Estado Democrático de Direito, desde que a decisão seja livre, consciente e informada.

Essa liberdade, contudo, não elimina a responsabilidade ética e técnica do médico. Pelo contrário, reforça a necessidade de que o profissional assegure que o paciente compreenda plenamente as implicações de suas escolhas. É nesse cenário que emerge o termo de consentimento informado como instrumento jurídico e ético de convergência entre autonomia e responsabilidade. Mais do que um simples documento, ele representa a materialização do diálogo, da transparência e da confiança mútua na relação médico-paciente. Sua importância ultrapassa o aspecto formal, pois o consentimento informado é, na verdade, um processo de comunicação contínua, que expressa o respeito à dignidade humana e assegura a prática médica dentro dos parâmetros éticos e legais vigentes.

O termo de consentimento informado, portanto, simboliza a coexistência harmoniosa entre os dois pilares centrais deste estudo: de um lado, o dever profissional do médico de agir com zelo, diligência e observância das normas técnicas e científicas; de outro, o direito do paciente de exercer plenamente sua autonomia, escolhendo de maneira livre e esclarecida o tratamento que melhor se alinha às suas convicções pessoais e ao seu projeto de vida. Assim, o consentimento informado assume a função de elemento de equilíbrio entre os deveres éticos e jurídicos do médico e a liberdade individual do paciente, configurando-se como um verdadeiro instrumento de proteção recíproca.

6246

Portanto, diante do estudo desenvolvido, evidencia-se um verdadeiro fenômeno do constitucionalismo no direito médico, representado pela integração dos princípios e garantias constitucionais na prática e na aplicação da medicina, na medida em que suas fontes formais e doutrinárias devem ser interpretadas à luz dos valores abstratos fundamentais firmados no texto constitucional. Através da evolução dos diplomas legais de proteção ao paciente o exercício da profissão assume um caráter fundamentado nos direitos humanos e na dignidade da pessoa. Esse enfoque assegura que, não só o direito médico, mas à saúde no geral seja compreendido como um direito fundamental, exigindo dos profissionais médicos o respeito à vida, à autonomia do paciente e à igualdade no acesso aos serviços de saúde.

Esse constitucionalismo à luz do direito médico impõe limites e responsabilidades à atuação médica, ao mesmo tempo em que aancora nos valores fundamentais da Constituição, como a dignidade da pessoa humana, a legalidade e a proporcionalidade. Essa orientação não apenas fortalece a proteção jurídica do paciente, mas também resguarda o médico, ao assegurar que suas decisões sejam analisadas com base em critérios justos, dentro do contexto ético, técnico e estrutural em que foram tomadas. Ao reconhecer os desafios e restrições enfrentados

no exercício da profissão, o constitucionalismo contribui para uma prática médica mais segura, amparada juridicamente e inserida em um sistema de saúde mais equilibrado e solidário.

Por fim, constata-se que o avanço da medicina baseada em evidências, aliado à valorização da autonomia individual e à consolidação de instrumentos jurídicos de proteção recíproca, revela o amadurecimento do ordenamento jurídico brasileiro diante dos desafios impostos pela biotecnologia, pela judicialização e pela crescente demanda social por uma medicina mais humana e transparente. Elucidando que a tensão entre a responsabilidade civil do médico e a autonomia do paciente não se resolve pela prevalência de um princípio sobre o outro, mas pela harmonização entre ambos, por meio de instrumentos normativos e éticos que permitam o diálogo, a confiança e o respeito mútuo. Portanto, a responsabilidade civil do médico, quando compreendida de forma equilibrada com os direitos do paciente, não representa uma ameaça à prática médica, mas um caminho para o fortalecimento da confiança social na ciência, na ética e na justiça.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. Teoria dos direitos fundamentais. 2. ed. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2015.

6247

AVRITZER, Leonardo; COSTA, Flávio E. R.; PEREIRA, Maria E. R. A judicialização da política e das relações sociais: estratégias jurídicas e mobilização de direitos no Brasil contemporâneo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>.

BELTRÃO, Silvio Romero. Autonomia da vontade do paciente e capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 98-116, jul./out. 2016. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v17i2p98-116

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 979.742, rel. Min. Luís Roberto Barroso, Plenário, julgado em 25 set. 2024 (Tema 952: custeio pelo Estado de tratamento médico compatível com convicções religiosas). Brasília, DF. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Neddif/Jurisprudencia/Acordao-RecursoExtraordinario-979.742-Amazonas.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025

CABRAL, H. L. T. B. A responsabilidade civil no consentimento livre e esclarecido. *Revista IBERC*, v. 7, n. 3, p. 73-98, 2024. DOI: 10.37963/iberc.v7i3.324

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 31 de agosto de 2018. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Medicina e Direito: responsabilidade civil, judicialização da saúde, sigilo profissional, genética, violência contra a mulher e dignidade na morte: reflexões e conferências do VII Congresso Brasileiro de Direito Médico. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue803ef56843860e4a48fc4cdb3065e8ce.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Dispõe sobre a ortotanásia. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 169, 28 nov. 2006. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-1.805-de-28-de-novembro-de-2006-1194192>. Acesso em: 5 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 2019. Seção 1, p. 113-114. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 5 set. 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018: Código de Ética Médica. Publicado em Brasília-DF. Disponível em: link do Cremers 6248 .../codigo_etica.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

CORDEIRO, Fernando; MENDONÇA, Samuel; OLIVEIRA, Joanna Paes de Barros e; NOGUEIRA, Vanessa Fabiula Pacioni. Responsabilidade civil do médico e a inversão do pensamento jurídico sobre o tipo da atividade. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 58-63, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-98802011000100008>.

CRUZ, Maria Luiza Monteiro da; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 525-533, set./dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300004>.

DEFANTE, Maria Luiza Rodrigues; MONTEIRO, Sarah Oliveira Nunes; SILVA, Caio de Oliveira da; SANTOS, Letícia Ronchi dos; LEONARDO, Rozileia Silva. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v. 48, n. 1, e146, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1 2023-0146>.

FEIJÓ, Camila de Aquino; FRAMIL, Valéria Maria de Souza; GIANVECCHIO, Daniele Muñoz. Dever de informação em medicina: análise de processos judiciais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 30, n. 4, p. 780-790, out./dez. 2022. DOI: [10.1590/1983-80422022304569PT](https://doi.org/10.1590/1983-80422022304569PT).

FLORENCE, Tatiana Magalhães. Apontamentos sobre a responsabilidade civil no tratamento de dados. *Revista Brasileira de Direito Civil*, v. 30, n. 4, p. 223-250, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33242/rbdc.2021.04.010>.

LARA, Mariana Alves; TOMASEVICIUS FILHO, Eduardo. O direito à recusa de tratamento médico na Resolução n. 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 22, n. 2, e0027, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.182012>.

MANZINI, Merlei Cristina; MACHADO FILHO, Carlos D'Apparecida Santos; CRIADO, Paulo Ricardo. Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 517-521, jul./set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283415>.

NUCCI, Luciana Carone; MAHUAD, Eugenio; MAHUAD, Cassio. Imputação da responsabilidade civil: responsabilidade objetiva e subjetiva. In: ESCOLA PAULISTA DA MAGISTRATURA (Org.). *Responsabilidade civil*. São Paulo: Páginas & Letras, 2015. p. 30-45.

RAPOSO, Hélder. A cientificação da clínica e a padronização das práticas médicas: sobre o papel dos julgamentos profissionais no mundo das evidências. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 33, n. 4, e230181pt, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230181pt>

RODRIGUES, R. A. D. C.; SILVA, E. Q. Diálise e direito de morrer. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 3, p. 394-400, 2019. DOI: [10.1590/1983-80422019273322](https://doi.org/10.1590/1983-80422019273322).

SUR, R. L.; DAHM, P. History of evidence-based medicine. *Indian Journal of Urology*, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 487-489, out./dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.4103/0970-1591.91438>.

6249

UDELSMANN, Artur. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 48, n. 2, p. 172-182, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/M5NXcZkdGMHzGnxmxZJYzfL/>. Acesso em: 3 set. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000200037>.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>