

UNIVERSIDADE VILA VELHA - UVV/ES

CURSO DE DIREITO - D9Ma

MONOGRAFIA II

HELOÍSA ARPINI LOUREIRO

**A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA DECORRENTE DO
DESCUMPRIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
À LUZ DO TEMA 1.069 DO STF**

VILA VELHA - ES

2025

HELOÍSA ARPINI LOUREIRO

**A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA DECORRENTE DO
DESCUMPRIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
À LUZ DO TEMA 1.069 DO STF**

Artigo científico apresentado à disciplina de Monografia II do Curso de Direito da Universidade Vila Velha - UVV/ES, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Ma. Hosana Leandro de Souza Dall'Orto.

VILA VELHA - ES

2025

HELOÍSA ARPINI LOUREIRO

**A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA DECORRENTE DO
DESCUMPRIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
À LUZ DO TEMA 1.069 DO STF**

Artigo científico apresentado à disciplina de Monografia II do Curso de Direito da Universidade Vila Velha - UVV/ES, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: Vila Velha - ES, 23 de junho de 2025.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Profa. Ma. Hosana Leandro de Souza
Dall'Orto
Orientadora

Profa. Ma. Eliziany Rodrigues Meira
Majensky

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar ao meu lado, me concedendo força para concluir este artigo científico.

Aos meus pais, Fabrício Gaigher Loureiro e Roberta Arpini, por terem incentivado, desde criança, meu interesse pelos estudos. Sem vocês, cursar Direito não seria possível!

Aos meus amigos, especialmente, Bianca e Matheus, que conheci durante a faculdade, por todos os momentos de descontração e alegria.

À minha orientadora, Profa. Hosana Leandro de Souza Dall’Orto, pela atenção dedicada à elaboração deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CFM - Conselho Federal de Medicina

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

RE - Recurso Extraordinário

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA DECORRENTE DO DESCUMPRIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE À LUZ DO TEMA 1.069 DO STF

Heloísa Arpini Loureiro¹

Hosana Leandro de Souza Dall'Orto²

RESUMO

Avanços recentes em bioética e o reconhecimento de direitos fundamentais têm ressaltado a importância das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) na defesa da autonomia do paciente em casos de doença terminal ou incapacidade. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi estudar o instituto das DAV, relacionando-o com o Tema 1.069 do STF, a fim de apurar a responsabilidade civil médica quando do descumprimento de tais diretivas, em especial, no caso das Testemunhas de Jeová. O estudo segue uma abordagem qualitativa por meio de análise bibliográfica e documental, enfatizando o contexto jurídico específico. Os resultados evidenciaram que a omissão do profissional de saúde diante de uma DAV válida pode configurar falha ética, administrativa e judicial, sendo juridicamente responsabilizável. Os referenciais teóricos utilizados foram apreendidos dos estudos de Fusculim *et al.* (2022), Lima (2020), Lima *et al.* (2022), Monteiro e Silva Junior (2019), Nakagawa *et al.* (2023), Sampaio Neto (2022) e Vincenzi e Provin (2018). A decisão do STF reafirmou a obrigatoriedade do cumprimento das DAV e ampliou o dever legal dos profissionais de saúde quanto ao respeito às escolhas informadas do paciente. O judiciário confirma a validade da rejeição do tratamento, mesmo em cenários graves, desde que seja comunicada voluntariamente, com consciência plena. Conclui-se que honrar as DAVs é uma obrigação legal dependente de procedimentos institucionais, educação profissional e colaboração entre as áreas jurídica e da saúde.

Palavras-chave: diretivas antecipadas de vontade; responsabilidade civil médica; tema 1.069.

¹ Acadêmica do Curso de Direito da Universidade Vila Velha - UVV/ES. E-mail: heloisaarpiniloureiro@gmail.com

² Mestra em Ciências Jurídicas pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa - UL/Portugal. Docente do Curso de Direito da Universidade Vila Velha - UVV/ES.

ABSTRACT

Recent advances in bioethics and the recognition of fundamental rights have highlighted the importance of advance directives of will (ADW) in the defense of patient autonomy in cases of terminal illness or disability. Thus, the objective of this research was to study the ADW Institute, relating it to theme 1.069 of the Supreme Court, in order to determine the medical civil liability when non-compliance with such directives, especially in the case of Jehovah's witnesses. The study follows a qualitative approach through bibliographic and documentary analysis, emphasizing the specific legal context. The results showed that the omission of the health professional before a valid ADW can configure ethical, administrative and judicial failure, being legally responsible. The theoretical references used were taken from the studies of Fuscilim *et al.* (2022), Lima (2020), Lima *et al.* (2022), Monteiro and Silva Junior (2019), Nakagawa *et al.* (2023), Sampaio Neto (2022) and Vincenzi and Provin (2018). The STF decision reaffirmed the obligation to comply with the ADW and expanded the legal duty of health professionals to respect the informed choices of the patient. The judiciary confirms the validity of the rejection of treatment, even in serious scenarios, provided that it is communicated voluntarily, with full awareness. It is concluded that honoring the ADW is a legal obligation dependent on institutional procedures, professional education and collaboration between the legal and health areas.

Keywords: advance directives of will; medical civil liability; topic 1.069.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO; 2 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: ASPECTOS GERAIS; 3 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS NORTEADORES DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E AUTONOMIA DA VONTADE; 4 RESPONSABILIDADE CIVIL E PROFISSIONAL DO MÉDICO; 5 ANÁLISE DO TEMA 1.069 DO STF; 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS; 7 REFERÊNCIAS.

1 INTRODUÇÃO

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) dizem respeito a um documento, no qual o paciente, em pleno exercício de suas faculdades mentais, exprime o seu desejo de receber ou, então, de não receber determinados cuidados de saúde. Tal instituto, no Brasil, carece de regulamentação legal, gerando grande insegurança jurídica. Por esse motivo, o Conselho Federal de Medicina, visando adequar a conduta médica,

editou a Resolução nº 1.995/2012 (Monteiro; Silva Junior, 2019; Steidel, 2025; Vincenzi; Provin, 2018).

Somado a isso, a interpretação do princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, como também, da autonomia da vontade, serve de base para validar as DAV no ordenamento jurídico brasileiro (Monteiro; Silva Junior, 2019; Brasil, 2025). Importante ressaltar que a autonomia da vontade decorre do direito à liberdade, capitulado no artigo 5º, *caput*, da Carta Magna (Vincenzi; Provin, 2018; Brasil, 2025).

Ademais, o Código Civil, em seu artigo 15, disciplina que: “[...] ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (Brasil, 2025). Este dispositivo traduz, de forma clara, a autonomia do paciente. Através dela, nenhum procedimento pode ser realizado sem o seu prévio consentimento (Monteiro; Silva Junior, 2019).

A relação médico-paciente é, basicamente, consumerista. Regra geral, se trata de uma obrigação de meio, em que o médico se compromete a empregar todos os esforços e técnicas disponíveis, para atingir o melhor resultado possível, qual seja, restaurar o bem-estar do paciente. A responsabilidade civil do médico, sendo ele um profissional liberal, é apurada mediante a verificação de culpa (responsabilidade subjetiva). É o que dispõe o artigo 14, §4º do Código de Defesa do Consumidor. Isso significa que, além dos pressupostos gerais: conduta, nexo causal e dano, deve ficar comprovado que o mesmo agiu de forma negligente, imprudente ou imperita (Vincenzi; Provin, 2018).

Diante disso, o artigo pretende investigar a responsabilidade civil médica quando do descumprimento das DAV, em especial, no caso das Testemunhas de Jeová. Para tanto, necessária a análise do Tema 1.069 do STF. Segundo a tese firmada, a recusa à transfusão de sangue, em razão de crença religiosa, está condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de DAV. Cumpridos esses requisitos, o médico não pode impor ao paciente um tratamento que ele tenha, expressamente, recusado (Brasil, 2024b).

O objeto de estudo dessa pesquisa é a responsabilidade civil médica decorrente do descumprimento das DAV à luz do Tema 1.069 do STF. Nesse contexto, cabe

questionar: ao descumprir ato de vontade do paciente que, por motivos de crença religiosa, recusa transfusão de sangue, qual a responsabilidade civil e profissional pertinente ao médico?

O objetivo desse estudo foi estudar o instituto das DAV, relacionando-o com o Tema 1.069 do STF, a fim de apurar a responsabilidade civil médica quando do descumprimento de tais diretivas, em especial, no caso das Testemunhas de Jeová. Para isso, os objetivos específicos foram: conceituar as DAV; compreender os fundamentos de validade das DAV no ordenamento jurídico brasileiro, quais sejam, o princípio da dignidade da pessoa humana, bem como, da autonomia da vontade, uma vez que não há legislação específica que regule o assunto; identificar a responsabilidade civil e profissional do médico; e analisar o Tema 1.069 do STF.

A metodologia desse estudo é bibliográfica e documental. Segundo Marconi e Lakatos (2002) a pesquisa bibliográfica é aquela que busca estudos publicados para a construção de um novo estudo. Semelhantemente, a pesquisa documental segue o mesmo caminho, com a diferença que utiliza documentos ao invés de estudos para a construção do texto. Os estudos foram selecionados nas bases de pesquisa Google Acadêmico e SciELO; e os documentos foram aqueles oficiais da Presidência da República e Supremo Tribunal Federal para obtenção de dados relacionados ao tema proposto.

As palavras-chave utilizadas foram “Tema 1.069” e “Diretivas Antecipadas de Vontade”. Para a busca feita durante a pesquisa bibliográfica, os critérios de inclusão foram: estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa, completos, relacionados ao assunto desse estudo e sem recorte temporal. Logo, os critérios de exclusão foram os estudos disponíveis em outros idiomas, incompletos e não relacionados ao tema tratado nesse estudo.

Para embasamento bibliográfico dos capítulos, os principais estudos utilizados foram artigos e trabalhos de mestrado/doutorado. Os referenciais teóricos foram retirados dos estudos de Fusculim *et al.* (2022), Lima (2020), Lima *et al.* (2022), Monteiro e Silva Junior (2019), Nakagawa *et al.* (2023), Sampaio Neto (2022) e Vincenzi e Provin (2018).

2 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: ASPECTOS GERAIS

Essa seção trata das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Aqui é disposto acerca dos aspectos conceituais relacionados às DAV, bem como a atuação dos profissionais de saúde na aplicação das DAV, os seus desafios e o respaldo normativo existente. Além disso, são apresentadas as questões bioéticas relacionadas ao envolvimento jurídico acerca da autonomia do paciente.

As DAV consistem em um importante instrumento jurídico e ético que permite ao paciente manifestar previamente suas preferências quanto a tratamentos médicos, especialmente em situações de terminalidade ou incapacidade futura. Trata-se de uma expressão da autonomia individual, por meio da qual a pessoa, de maneira consciente e esclarecida, registra decisões sobre o cuidado que deseja, ou não, receber. Conforme destaca Fuscilim *et al.* (2022), essa forma de manifestação é uma extensão da autonomia do sujeito, permitindo que ele exerça o que se denomina “autonomia prospectiva”, isto é, o planejamento de sua vontade diante de um cenário clínico futuro previsivelmente grave.

As DAV, nos sistemas jurídicos que as regulamentam, podem se apresentar sob diferentes formatos, sendo os mais comuns o testamento vital e o mandato duradouro. O primeiro trata da recusa ou aceitação de determinados tratamentos; o segundo, envolve a nomeação de alguém de confiança para tomar decisões em nome do paciente (Lima *et al.*, 2022). No entanto, no Brasil, não há legislação específica que regule formalmente as DAV, existindo apenas a Resolução nº 1.995/2012 (Brasil, 2025) do Conselho Federal de Medicina, que orienta a prática médica sobre o tema.

A utilização de protocolos bem definidos é fundamental para garantir que essas manifestações de vontade sejam registradas, além de efetivamente cumpridas. A implementação correta das DAV, nesse sentido, proporciona segurança ao paciente e seus familiares, ofertando respaldo legal e ético aos profissionais da saúde envolvidos na assistência (Lima *et al.*, 2022).

A discussão em torno das DAV está fortemente ancorada nos princípios da bioética. O respeito à autonomia, à beneficência e à não maleficência constitui a base para que a escolha do paciente seja considerada legítima e eticamente válida. Para Dadalto (2016), mesmo sem uma legislação federal específica, a Resolução do Conselho

Federal de Medicina (CFM) nº 1.995/2012 representa um marco normativo importante, ao reconhecer o direito do paciente de recusar intervenções desproporcionais e possibilitar ao médico o registro dessa decisão no prontuário. Contudo, o fato de se tratar de uma norma infralegal ainda gera insegurança jurídica para muitos profissionais.

O estudo realizado por Fusculim *et al.* (2022) evidenciou que o nível de conhecimento sobre as DAV ainda é desigual entre médicos e enfermeiros. A maioria dos entrevistados reconheceu a importância do instrumento, mas boa parte revelou receio de aplicá-lo por desconhecimento de seu respaldo legal. Profissionais com formação em cuidados paliativos, por outro lado, demonstraram maior familiaridade e segurança no uso das diretivas, sugerindo que a formação específica sobre terminalidade da vida é um fator decisivo para a adoção segura dessas práticas.

Apesar da clareza trazida pela Resolução CFM nº 1.995/2012 quanto à obrigatoriedade de registro das DAV no prontuário médico, Lima *et al.* (2022) também observaram que muitos profissionais desconhecem a norma, o que compromete sua aplicação. A ausência de uma política pública que promova a educação em bioética e direitos do paciente contribui para o distanciamento entre teoria e prática, prejudicando a efetivação de escolhas legítimas no contexto do fim da vida.

Nesse caminho, o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Tema 1.069, consolidou o entendimento de que as diretivas antecipadas de vontade têm amparo constitucional, devendo ser respeitadas quando formalmente expressas e válidas. A decisão reforça o dever jurídico de médicos e instituições de saúde de cumprirem a vontade do paciente, mesmo que ele esteja incapacitado no momento da execução. O STF reafirmou que o respeito às DAV decorre diretamente do princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal e do direito à autodeterminação individual, especialmente diante de situações de fragilidade extrema (Brasil, 2025).

Dessa forma, as DAV não são apenas instrumentos formais; elas representam um avanço na forma como o sistema de saúde e o direito se relacionam com a vida, a morte e a autonomia do sujeito. Como enfatizam Fusculim *et al.* (2022), sua implementação requer uma mudança de paradigma, em que o protagonismo do

paciente é reconhecido e respeitado por toda a equipe de saúde, dentro de um contexto ético, técnico e jurídico, e ao garantir o cumprimento das vontades registradas, evita-se não apenas o prolongamento inútil do sofrimento, mas também a responsabilização civil por eventuais desrespeitos à escolha livremente expressa por quem mais importa nesse processo: o próprio paciente.

3 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS NORTEADORES DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E AUTONOMIA DA VONTADE

A dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade são princípios fundamentais consagrados na Constituição Federal e formam a base jurídica e ética que legitima as DAV. Assim, essa seção apresenta como esses princípios estão relacionados com o direito do paciente de decidir sobre seus cuidados em situações extremas de saúde, respaldando aspectos normativos, bioéticos e jurisprudenciais, sustentando a viabilidade das DAV no contexto da saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 2025) estabelece a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental, disposto no artigo 1º, inciso III. Esse princípio desempenha um papel importante nas relações jurídicas e, particularmente, na defesa da autonomia do paciente durante o tempo de vulnerabilidade significativa, como situações de final de vida.

Nesse contexto, as DAV servem como uma ferramenta tangível para afirmar essa dignidade, permitindo que os indivíduos escolham seus futuros tratamentos médicos a partir de preferências claras e conscientes. De acordo com Lima *et al.* (2022), mesmo quando enfrentar as diretivas avançadas de capacidade mental diminuída, as DAV garantem que os pacientes mantenham os direitos como tomadores de decisão autônomos, com suas escolhas sendo honradas com base em desejos previamente declarados.

O respeito à vontade do paciente expressa nas DAV é uma extensão do princípio da autonomia, também assegurado Constitucionalmente. No campo da bioética, essa autonomia implica no direito de decidir sobre o próprio corpo e sobre os cuidados a

serem recebidos. Isso inclui o direito de recusar terapias que prolonguem a vida de forma artificial e a preservação da autonomia exige que a manifestação do paciente seja levada em conta mesmo quando ele não puder mais comunicá-la diretamente, sendo essa a essência das DAV, que é garantir que sua voz continue sendo ouvida mesmo em situação de incapacidade (Silva; Crippa; Bonhemberger, 2022).

Nakagawa *et al.* (2023) verificaram a percepção de estudantes de medicina sobre as DAV. Eles observaram que, mesmo durante o treinamento, aspirantes a prestadores de serviços de saúde reconhecem o significado de honrar a dignidade e a autonomia de um paciente no final da vida. Os pesquisadores enfatizam que, além da experiência prática, é essencial que os profissionais compreendam as implicações éticas de tais diretivas, particularmente ao enfrentar questões relativas ao sofrimento e aos limites da intervenção médica. Essa ênfase em respeitar os desejos de um paciente denota desenvolvimentos na prática médica em harmonia com princípios Constitucionais.

Dessa forma, o princípio da dignidade da pessoa humana é um aspecto fundamental do sistema jurídico nacional e em vários tratados internacionais que o Brasil endossou, incluindo a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Barroso (2012) destaca que, na abordagem Constitucional pós-positivista do Brasil, os princípios constitucionais não apenas conduzem as ações, mas também têm um impacto direto sobre como deve se comportar o agente público e privado. Portanto, desconsiderar a dignidade humana torna-se um lapso ético, além da violação de um direito salvaguardado pela Constituição.

Fusculim *et al.* (2022) realizaram um estudo envolvendo profissionais de saúde para demonstrar a preocupação em seguir a DAV sem uma diretriz legal clara. Apesar disso, a maioria dos profissionais reconhece que a adesão a essas diretivas garante a autonomia do paciente. A pesquisa destaca um desafio significativo em termos de familiaridade com a Resolução CFM nº 1.995/2012 entre os profissionais de saúde, indicando a necessidade de iniciativas educacionais focadas no aprimoramento do conhecimento ético e legal nessa área.

Corroborando, o Supremo Tribunal Federal confirmou a validade jurídica das DAV e

ênfatizou sua obrigatoriedade de execução ao abordar o Tema 1.069³. Reconheceu que ignorar a vontade expressa do paciente viola a dignidade humana e infringe a liberdade pessoal. Essa decisão fornece respaldo legal substancial aos profissionais de saúde que aderem às diretivas, prevenindo potenciais responsabilidades legais e cumprindo obrigações éticas e Constitucionais (Brasil, 2024a).

Nesse caminho, os princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade não apenas validam as DAV, mas também exigem sua adesão. Esses princípios conferem às DAV sua natureza autoritativa e obrigatória, transformando a vontade do indivíduo em um dever legal e moral. Desconsiderar tais declarações infringiria os direitos do paciente, como também contraria os pilares fundamentais do direito a uma existência digna (Brasil, 2025). Dessa forma, o próximo capítulo aborda a responsabilidade civil e profissional do médico, trazendo uma base que antecipa a análise do tema 1.069 do STF.

4 RESPONSABILIDADE CIVIL E PROFISSIONAL DO MÉDICO

O objetivo dessa seção foi analisar a responsabilidade civil e profissional do médico frente ao descumprimento das DAV, considerando os aspectos éticos, legais e constitucionais. Para isso, são abordados os critérios para a responsabilidade do médico, bem como a força da DAV para oferta da segurança jurídica aos profissionais de saúde, diretamente associado à dignidade e autonomia do paciente.

A responsabilidade civil do médico envolve a apuração de condutas que, ao violarem normas técnicas ou legais, causem danos a seus pacientes. Com o avanço da bioética e a valorização dos direitos fundamentais, destaca-se o papel das Diretivas Antecipadas de Vontade como mecanismo de proteção da autonomia individual, exigindo dos profissionais de saúde não apenas conhecimento técnico, mas também atenção aos limites éticos e legais no exercício da medicina. Sousa (2018) explica

³ BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário n. 1.212.272/AL**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Alagoas, 2024a. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Neddif/Jurisprudencia/Acordao-Recurso-Extraordinario-1.212.272-Alagoas.pdf>. Acesso em: 10 maio 2025a.

que, ao tratar da responsabilidade civil médica, o ponto de partida é a conformidade da conduta médica com as *legis artis*, isto é, o padrão esperado da atuação de um profissional diligente em circunstâncias similares.

A prestação de serviços de saúde, salvo exceções pontuais, é considerada uma obrigação de meio. Isso significa que o médico não se compromete com o resultado, mas com a utilização adequada dos recursos técnicos disponíveis e, para que haja responsabilização civil, é necessário comprovar o dano, o nexo causal e a culpa, sendo esta configurada tanto por ação quanto por omissão que contrarie norma legal ou infrinja os deveres contratuais e éticos da profissão médica (Melo, 2014).

No contexto das DAV, a omissão do médico em cumpri-las pode representar grave violação ao dever de informação e consentimento, sendo elementos essenciais na relação médico-paciente. Azevedo (2010) destaca que o consentimento informado deve anteceder qualquer procedimento eletivo, sendo sua ausência ou desconsideração fator determinante na caracterização da responsabilidade civil do profissional, pois revela afronta à autonomia da vontade e ao direito do paciente de participar ativamente das decisões sobre seu tratamento.

O Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Tema 1.069, reconheceu a constitucionalidade das DAV, consolidando a obrigatoriedade de seu cumprimento quando regularmente formalizadas. A decisão fortaleceu o entendimento de que a desobediência a essas diretivas não configura apenas uma falha técnica, mas uma violação da dignidade da pessoa humana, princípio fundante da ordem jurídica. Nos casos em que se identifica o descumprimento das *legis artis*, o que inclui o dever de respeitar decisões previamente expressas pelo paciente, opera-se a presunção de culpa, cabendo ao médico demonstrar que agiu com diligência e dentro dos parâmetros éticos e técnicos exigidos (Brasil, 2023).

Diante disso, a jurisprudência vem reconhecendo que o não cumprimento das DAV pode configurar inadimplemento contratual, uma vez que a relação médico-paciente se estrutura, muitas vezes, como relação de consumo ou como vínculo contratual típico de prestação de serviço. Melo (2014) reforça que a responsabilidade civil do médico está cada vez mais conectada ao princípio da confiança e à proteção da parte vulnerável, sobretudo, diante da crescente judicialização da saúde e da exigência por

decisões compartilhadas no ambiente clínico:

O hospital e a equipe médica devem garantir que os pacientes estejam cientes de todas as consequências que possam eventualmente surgir diante da ausência de transfusão de sangue. O corpo clínico deve esclarecer todas as opções disponíveis, apontando as alternativas existentes e todos os riscos envolvidos (Brasil, 2024a, p. 58).

Dessa maneira, o respeito à autodeterminação do paciente deve ser compreendido como parte integrante do exercício ético da medicina. Azevedo (2010) salienta que muitos profissionais ainda subestimam a importância jurídica do consentimento informado e, por extensão, das DAV, o que aumenta a exposição à responsabilização judicial, ao não observar as escolhas do paciente, o médico pode incorrer em responsabilidade moral, legal e profissional, sendo responsabilizado por danos morais e materiais. Isso pode acontecer, especialmente quando sua conduta causar sofrimento evitável ou prolongar artificialmente um processo de morte que havia sido rejeitado pela pessoa por meio de diretiva válida.

5 ANÁLISE DO TEMA 1.069 DO STF

Essa seção aborda o Tema 1.069 do STF, verificando a consolidação do direito do paciente na recusa de tratamentos médicos relacionados à sua crença. Assim, esse texto traz implicações constitucionais, bioéticas, jurídicas e a prática médica para verificar os limites do direito à vida frente ao direito de escolha do paciente, para conservação da sua dignidade e autonomia.

A propositura do tema 1.069 do STF sucede o Recurso Extraordinário (RE) 1.212.272, decidido pelo mesmo tribunal. Trata-se de ação judicial movida por um paciente Testemunha de Jeová que necessitava de cirurgia de substituição da válvula aórtica. A ação judicial refere-se à objeção de um paciente Testemunha de Jeová em assinar um termo de consentimento para transfusão de sangue antes de se submeter a uma cirurgia cardíaca no sistema público de saúde brasileiro em 2024.

Embora a equipe médica quisesse prosseguir com o procedimento sem transfusões, a direção do hospital exigiu a assinatura de um termo para a cirurgia. Por isso, o paciente ajuizou ação judicial para garantir seu direito de realizar o procedimento sem essa exigência.

Tese de julgamento: '1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos. A recusa a tratamento de saúde, por razões religiosas, é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente' (Brasil, 2024a, p. 2).

Ao analisar o recurso, o STF destacou o amplo impacto da questão e se concentrou na questão fundamental: o paciente pode recusar tratamento médico por motivos religiosos? O Estado pode exigir que o paciente aceite procedimentos aos quais se opõe como condição para acessar os serviços de saúde?

O tribunal decidiu que os pacientes, com seus direitos civis intactos, têm o direito de recusar tratamento médico por motivos religiosos. A decisão foi fundamentada em dois princípios constitucionais: liberdade religiosa e autodeterminação individual. O Ministro Gilmar Mendes destacou que o Estado deve garantir que Testemunhas de Jeová adultas e plenamente conscientes possam optar por não receber transfusões de sangue sem infringir os direitos de terceiros (Brasil, 2024a).

A decisão destaca a importância da autodeterminação e da liberdade de crença para impedir que profissionais de saúde tomem ações involuntárias, mesmo que haja risco de morte iminente para o paciente. Esse princípio se alinha à dignidade humana, conforme previsto na Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 2025), e defende a salvaguarda dos direitos de consciência.

O Tribunal enfatizou que ações médicas que envolvam a escolha do paciente não devem ser automaticamente classificadas como conduta criminosa, nem deve ser presumida a responsabilidade civil do Estado ou dos agentes responsáveis. Na decisão proferida no âmbito do RE 1.212.272, o STF reconheceu as amplas implicações dessa questão e formulou o seguinte princípio: "O paciente pode manifestar sua recusa por escrito, deixando clara a sua vontade de maneira antecipada. Cumpridas essas condições, o médico não pode impor ao paciente a realização de um procedimento que ele recusou, ainda que haja risco de morte" (Brasil, 2024b, p. 2).

A decisão representou um momento significativo na prática jurídica brasileira, pois harmonizou diversos direitos, incluindo a saúde, a liberdade de religião e a autodeterminação. Estabeleceu diretrizes específicas para os casos em que o indivíduo recusa determinados tratamentos devido à crença religiosa. De acordo com a interpretação do STF, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve acomodar intervenções médicas sem conflitar com as convicções religiosas do paciente. Isso é aceitável desde que haja aprovação da viabilidade científica pela equipe médica e consentimento claro do paciente. A segunda parte da tese consolidada estabelece:

É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente (Brasil, 2024a, p. 3).

O impacto geral atribuído ao caso implica que a tese estabelecida deve ser aplicada por outros tribunais brasileiros que enfrentem circunstâncias comparáveis, aumentando a previsibilidade jurídica e unificando as decisões judiciais sobre o assunto. Esta decisão confirma ainda mais a responsabilidade do governo em honrar as decisões fundamentais de seus cidadãos, particularmente aquelas vinculadas à sua filiação religiosa, desde que não coloquem em risco terceiros ou a ordem pública (Brasil, 2024a).

Esta diretriz marca um afastamento da abordagem médica convencional de paternalismo, transferindo a autoridade decisória para o paciente. Essa mudança está enraizada em um processo ético e legal que defende a dignidade e a liberdade de consciência. Lima (2020) afirma que a autonomia do paciente suplanta o paradigma médico-intervencionista anterior, que não permitia que os indivíduos recusassem procedimentos como transfusões de sangue com base em crenças pessoais ou religiosas.

No mesmo sentido, Barroso (2012) argumenta que obrigar uma pessoa plenamente capaz e lúcida a se submeter a um tratamento invasivo sem consentimento, mesmo que por razões médicas, viola princípios constitucionais fundamentais como a integridade física, a liberdade de crença e a dignidade humana. Ele considera a insistência em uma transfusão semelhante à pressão governamental disfarçada de intervenção médica.

Outro ponto é a obrigação do Estado de fornecer alternativas compatíveis com a fé do paciente, desde que haja viabilidade técnico-científica e anuência da equipe médica. Essa compreensão foi endossada pelo STF ao afirmar que, mesmo em ambiente hospitalar público, “deve-se respeitar a recusa de tratamento por razões religiosas, se houver alternativas seguras e tecnicamente viáveis” (Brasil, 2024a, p. 2).

O julgamento contou com votos convergentes de diversos ministros, consolidando uma posição constitucional firme em favor da autodeterminação do paciente, especialmente quando a recusa ao tratamento tem fundamento religioso. O voto condutor foi proferido pelo relator, Ministro Gilmar Mendes, que ressaltou a centralidade da dignidade da pessoa humana e da liberdade religiosa no ordenamento jurídico brasileiro (Brasil, 2024a).

Para ele, é legítimo ao paciente adulto, plenamente capaz, recusar tratamento médico que vá contra sua crença, inclusive transfusões de sangue, mesmo diante de risco de vida. Ele enfatizou que, nesses casos, deve prevalecer o respeito à autonomia da vontade, pois o paciente, maior e capaz, pode recusar-se a submeter-se a tratamento de saúde que contrarie sua convicção religiosa, mesmo que isso envolva risco à sua vida (Brasil, 2024b).

O Ministro Edson Fachin, em voto convergente, destacou que a autodeterminação do paciente é expressão do pluralismo e da liberdade de crença garantidos pela Constituição (Brasil, 2025). Ele relacionou esse entendimento à jurisprudência consolidada em outros temas sobre liberdade religiosa, como no RE 496.601/RS, que tratou da proteção a cultos de matriz africana:

[...] aqui já mencionado, quando tratamos da Lei 11.915, do Estado do Rio Grande do Sul, e a liberdade religiosa e ritual em cultos e liturgia das religiões de matriz africana, cuja redação para o acórdão daquele Recurso Extraordinário 496.601 a mim coube. Assim também decidimos, no Recurso Extraordinário 1.099.099, da minha relatoria, bem como sobre a laicidade estatal, que não significa constranger a pessoa a levar a sua própria renúncia da fé, o que representaria um desrespeito, no Recurso Extraordinário 611.874, cuja redação para o acórdão também a mim competiu (Brasil, 2024a, p. 82).

O Ministro André Mendonça enfatizou que os profissionais médicos não são responsabilizados quando acatam a decisão livre e bem informada de um paciente. Ele afirmou que os médicos não podem ser penalizados administrativamente ou judicialmente pela recusa de tratamento por um paciente, devendo apenas registrar

os fatos em prontuário: “O dever do médico está em informar sobre os riscos do tratamento e fazer tais registros no prontuário. Este não responde por eventuais complicações advindas da recusa à transfusão de sangue - seja na via administrativa, civil ou penal” (Brasil, 2024a, p. 23).

O Ministro Luís Roberto Barroso corrobora essa visão ao afirmar que, se o direito de recusa for reconhecido, nem o médico nem a instituição de saúde que atua dentro desses limites podem ser acusados de irregularidade: “Se estamos dizendo que é legítimo, está excluída a ilicitude” (Brasil, 2024a, p. 27). A Ministra Cármen Lúcia destaca a importância da liberdade de consciência e crença como aspecto fundamental do Estado Democrático de Direito. Ela enfatiza que as ações do Judiciário devem proteger os direitos dos cidadãos de tomar decisões sobre seus corpos, desde que sejam plenamente competentes.

O reconhecimento da validade da recusa de transfusão de sangue por motivos religiosos representa um avanço na afirmação da autonomia pessoal e da liberdade de consciência no ordenamento jurídico brasileiro. No entanto, existem preocupações em torno de sua extensão e implementação, o que leva a análise em consonância com os princípios estabelecidos pela doutrina, precedentes legais e normas constitucionais (Sampaio Neto, 2022).

Um momento em que essas preocupações teve destaque, foi na extensão dessa aprovação aos casos que envolvem crianças e adolescentes. Com base no artigo 227 da Constituição Federal, que expõe ser “[...] dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde [...]”, em alguns momentos da votação, foi verificado a inviabilidade da aplicação do Tema 1.069 às crianças e adolescentes:

Portanto, é inviável que o consentimento seja exigido a pessoa incapaz de exprimir sua vontade, aí incluídas as crianças e adolescentes em razão da especial proteção de seu direito à vida e à saúde. E não se pode argumentar com a suposta primazia da vontade dos pais da criança ou do adolescente, à vista do art. 227 da Constituição Federal. Assim não fosse, estabelecer-se-ia uma proteção deficiente às crianças e adolescentes, violadora dos seus direitos fundamentais (Brasil, 2024a, p. 17-18).

Primeiramente, é importante destacar o acerto da Corte em afastar a supremacia absoluta do direito à vida. Como aponta Barbosa (2024), o direito à vida não pode ser compreendido em abstrato e de forma impositiva contra a vontade livre e esclarecida

do indivíduo, em uma sociedade pluralista e baseada no respeito à dignidade humana, a vida deve ser protegida em sua dimensão qualitativa, o que inclui o direito de cada um decidir os limites de intervenção sobre o próprio corpo.

A fundamentação da decisão também se alinha à teoria dos princípios desenvolvida por Alexy (2015), ao considerar que, “como toda regra concretiza um princípio, a colisão deste com um princípio oposto pode exigir a enunciação de uma exceção implícita à respectiva regra” (Alexy, 2015, p. 163). Esse trecho tem sentido no caso de colisão entre princípios constitucionais, como o direito à vida e a liberdade religiosa, é necessária a ponderação proporcional. A Corte, ao privilegiar a autonomia do paciente adulto e capaz, reconhece que não há direitos absolutos e que a proteção à vida não pode anular a liberdade de consciência sem uma justificativa constitucional suficiente.

Outro ponto é o reforço à laicidade colaborativa do Estado e conforme destaca Vieira e Regina (2020), o modelo brasileiro de laicidade não exige neutralidade passiva, mas sim uma postura ativa de respeito e promoção da liberdade religiosa. Nesse sentido, o reconhecimento da validade das diretivas antecipadas de vontade em contextos de objeção religiosa fortalece a convivência entre convicções individuais e políticas públicas de saúde.

Entretanto, a decisão do STF também suscita preocupações, sobretudo no que se refere à sua implementação no sistema de saúde pública. Como bem argumenta Sampaio Neto (2022), não são todos os hospitais que dispõem de condições estruturais e técnicas para realizar procedimentos sem transfusão de sangue, o que pode gerar desigualdades regionais na efetivação desse direito. Ainda, a jurisprudência formada não se aplica de forma direta a crianças e adolescentes, os quais são tutelados pelo princípio do melhor interesse previsto no artigo 227 da Constituição.

A respeito disso, a tese de Sampaio Neto (2022) propõe uma “tutela especial” nesses casos, em que a intervenção estatal pode ser admitida para preservar a vida da criança, desde que fundamentada em critérios objetivos e não discriminatórios, de modo a evitar tanto a imposição arbitrária quanto o desamparo por omissão. A decisão do STF não elimina conflitos, mas oferece parâmetros para sua resolução, o respeito à autonomia do paciente deve estar acompanhado de formação continuada dos

profissionais de saúde, registro documentado da recusa e disponibilidade de informação clara sobre os riscos envolvidos.

Os Ministros, Flávio Dino e Cristiano Zanin (Brasil, 2024a) também acompanharam integralmente o relator, com ressalvas quanto à necessidade de atenção especial a situações envolvendo crianças e adolescentes. Ambos destacaram que, nesses casos, deve prevalecer o princípio do melhor interesse do menor, o que pode justificar a intervenção do Estado em situações de risco iminente.

A decisão proferida provocou efeitos relevantes no campo da medicina, principalmente no que diz respeito à relação entre autonomia do paciente, responsabilidade médica e dever institucional. O reconhecimento da possibilidade de recusa a tratamentos médicos por motivos religiosos, desde que manifestada por paciente adulto, capaz e consciente, reformulou paradigmas da atuação profissional e da ética médica (Azevedo, 2010).

Barbosa (2024) destaca que a liberdade de escolha do paciente deve ser tratada como expressão da dignidade da pessoa humana, exigindo do profissional da saúde um reposicionamento do papel tradicionalmente paternalista. A figura do médico como único detentor do saber e da decisão terapêutica cede espaço a uma relação dialógica baseada no consentimento informado e na escuta qualificada, sendo assim, a recusa consciente torna-se um direito e não uma manifestação de desobediência clínica.

A prática médica deve se adaptar à exigência de documentação adequada e de respeito à vontade do paciente. Como salienta Azevedo (2010), é essencial que haja registro formal da recusa do tratamento e das informações prestadas quanto aos riscos da negativa, assegurando segurança jurídica ao profissional da saúde e esse cuidado resguarda não apenas os direitos do paciente, mas também protege o exercício profissional contra eventual responsabilização indevida.

Sampaio Neto (2022) acrescenta que a nova perspectiva imposta pela jurisprudência do STF exige investimentos institucionais em formação continuada e atualização dos protocolos hospitalares. Muitos hospitais ainda carecem de alternativas terapêuticas sem o uso de hemocomponentes, o que pode comprometer a efetividade da decisão judicial em contextos práticos e isso revela uma tensão entre a normatividade jurídica

e a realidade estrutural do SUS, que precisa ser enfrentada com políticas de incentivo à medicina alternativa e à cirurgia sem sangue.

Pode-se destacar também a valorização da autonomia do paciente como critério bioético, uma vez que em uma sociedade plural, o direito à saúde não pode se sobrepor à consciência religiosa do indivíduo adulto e esclarecido. O papel do profissional de saúde, nesse sentido, deve ser o de mediador entre a ciência e os valores pessoais, e não o de impositor de terapias, a laicidade colaborativa do Estado, como propõe a autora, não admite a neutralização de crenças no âmbito hospitalar (Vieira; Regina, 2020).

A partir da decisão do STF no Tema 1.069 (Brasil, 2024b), é possível afirmar que o exercício da medicina no Brasil entra em uma nova fase, na qual a autonomia do paciente se torna eixo estruturante da conduta médica e essa transformação demanda adaptações institucionais, formação humanizada e um compromisso ético com a pluralidade de convicções que marcam a sociedade contemporânea.

O consentimento livre e informado é um dos pilares do exercício da autonomia do paciente no âmbito da medicina. Dessa maneira, sua efetivação encontra diversos desafios na prática hospitalar, desde a assimetria informacional entre médicos e pacientes até as dificuldades de documentação e compreensão dos riscos por parte dos indivíduos (Barbosa, 2024).

Um dos principais entraves é a linguagem técnica empregada pelos profissionais da saúde, que nem sempre é acessível às pessoas comuns. Segundo Azevedo (2010), uma comunicação pouco clara pode limitar a capacidade do paciente de fazer escolhas informadas, pois dificulta a compreensão plena dos resultados de suas decisões. Consequentemente, o consentimento deve ir além do mero cumprimento de uma exigência formal e, em vez disso, resultar de uma discussão transparente e direta.

Sampaio Neto (2022) menciona que as circunstâncias emocionais e psicológicas do paciente podem impactar sua capacidade de consentir sem qualquer restrição. Situações de urgência, dor ou influências familiares podem levar o paciente a tomar decisões rápidas ou a fazer escolhas que não se alinham com seu desejo genuíno. Portanto, a avaliação da capacidade de tomada de decisão deve ser criteriosa,

levando em consideração as habilidades cognitivas, bem como os fatores emocionais e situacionais.

Segundo Vieira e Regina (2020), quando a recusa é baseada em motivos religiosos, a obtenção do consentimento informado torna-se mais complexa devido ao envolvimento de valores e crenças arraigados. Nesses casos, os profissionais de saúde devem demonstrar empatia e respeito, abstendo-se de qualquer ação que possa comprometer a escolha do paciente.

Outro obstáculo é a necessidade de documentar adequadamente o consentimento por meio de meios escritos e assinados, que sirvam para salvaguardar os direitos do paciente e a proteção legal dos profissionais de saúde. Consequentemente, obter um consentimento significativo implica não apenas seguir protocolos, mas também exigir treinamento personalizado, comunicação eficaz e instituições dedicadas a defender a autonomia individual (Vieira; Regina, 2020).

O veredito do STF sobre o tema 1.069 marca um momento significativo na defesa da autonomia do paciente e da liberdade religiosa como princípios fundamentais da Constituição. Isso serve para redefinir a relação entre procedimentos médicos, bioética e direitos básicos do cidadão, considerando os preceitos dispostos na Constituição Federal.

Essa nova perspectiva apresenta dificuldades e obrigações para os sistemas de saúde pública que necessitam de ajustes dentro das instituições e treinamento profissional para defender o respeito pelas decisões pessoais, mesmo durante circunstâncias críticas. Consequentemente, reconhecer as diretrizes avançadas de saúde e a recusa informada aumenta a salvaguarda da dignidade humana, promovendo a abordagem médica que se alinha aos valores diversos e democráticos da sociedade do Brasil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da responsabilidade jurídica médica à luz do Tema 1.069 do STF revelou a importância das DAV como instrumento de defesa da autonomia do paciente na dinâmica médico-paciente. O julgamento do RE nº 1.212.272/AL pelo Supremo

Tribunal Federal marcou o início de um novo arcabouço jurídico-constitucional que reconheceu a validade da recusa de intervenção médica, mesmo diante de significativo risco de morte, desde que realizada por pessoa plenamente capaz, de forma voluntária e com adequada consciência. Esse veredito ampliou o escopo da autonomia pessoal e introduziu novas obrigações para os profissionais de saúde.

No direito brasileiro, o descumprimento das DAV deixou de ser visto apenas como um erro administrativo ou ético. Agora, pode resultar em responsabilidade civil em caso de violação da autonomia do paciente. O princípio da dignidade da pessoa humana, que é um dos direitos fundamentais, exige pleno respeito à vontade individual, mesmo quando esta diverge da opinião profissional da saúde ou da política hospitalar.

O estudo demonstrou que a responsabilidade jurídica médica abrange mais do que apenas erros técnicos; abrange também a violação dos direitos fundamentais do paciente. Os profissionais de saúde que desconsiderarem instruções válidas, seja por meio de ações ou omissões, poderão ser responsabilizados por consequências éticas e financeiras decorrentes de seu comportamento, mesmo que estejam tentando salvar a vida do paciente.

Ao analisar o Tema 1.069, observou-se que a implementação da tese exige a reorganização das práticas de saúde. Os hospitais devem estabelecer protocolos para aderir às diretivas da vontade dos pacientes e salvaguardar legalmente os profissionais que as cumprem. Portanto, respeitar as decisões antecipadas dos pacientes deve ser visto como um aspecto essencial das responsabilidades éticas e legais.

É fundamental destacar que a coleta de precedentes legais sobre o Tema 1.069 deve ser apoiada por medidas práticas de educação, supervisão e supervisão administrativa. Esses esforços servem para reforçar uma cultura centrada no acordo voluntário e informado. Reconhecer as DAV como demonstração válida da independência do paciente significa progresso nos padrões sociais; no entanto, o desrespeito persistente a essas diretivas continua sendo um fato preocupante. Assim, abordar essa questão exige esforços colaborativos entre o Judiciário, os órgãos reguladores dos estabelecimentos de saúde e os profissionais médicos.

Assim, determina-se que a negligência médica decorrente do descumprimento de DAV não apenas existe, como também é juridicamente vinculativa e constitucionalmente amparada. Contudo, é fundamental reconhecer que a defesa dos desejos do paciente é primordial, sendo qualquer violação vista como uma falha significativa na prestação de cuidados de saúde que exige correção e responsabilidade nos âmbitos ético, administrativo e judicial.

7 REFERÊNCIAS

ALEXY, R. **Teoria Discursiva do Direito**. Organização, tradução e estudo introdutório de Alexandre Travessoni Gomes Trivisonno. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

AZEVEDO, A. V. **Autonomia do paciente e direito de escolha de tratamento médico sem transfusão de sangue**: mediante os atuais preceitos civis e constitucionais brasileiros. Parecer. Atualizado conforme o novo Código de Ética Médica - Resolução CFM 1.931/09. São Paulo: Lex Editora, 2010.

BARBOSA, C. S. Liberdade e autonomia privada: a recusa da pessoa natural a tratamento médico-hospitalar e os limites da atuação do Estado. **Revista de Iniciação Científica e Extensão** - II Simpósio da FDF, v. 5, n. 2, p. 23-28, dez. 2020. Disponível em: <https://revista.direitofranca.br/index.php/icfdf/article/view/1164>. Acesso em: 18 maio 2025.

BARROSO, L. R. **O novo direito constitucional brasileiro**: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil Brasileiro. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 07 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Institui o Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm. Acesso em: 07 jun. 2025.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 04 jun. 2025.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário n. 1.212.272/AL**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Alagoas, 2024a. Disponível em:

<https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Neddif/Jurisprudencia/Acordao-Recurso-Extraordinario-1.212.272-Alagoas.pdf>. Acesso em: 10 maio 2025a.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **RE 1.212.272 (Tema 1.069)**. Recusa a transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová. Informação à sociedade. Brasília, 2024b. Disponível em:

https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.212.272.Testemunha-dejeova769_vAO__r.pdf. Acesso em: 15 maio 2025b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 1.069**: Validade de diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde, inclusive no que se refere à possibilidade de recusa terapêutica e aos cuidados paliativos. Recurso Extraordinário (RE) 1.167.478/SP. Julgado em: 2 jun. 2023. Publicado em: 5 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 07 jun. 2025.

FUSCULIM, A. R. C.; GUIRRO, U. B. P.; SOUZA, W.; CORRADI-PERINI, C. Diretivas antecipadas de vontade: amparo bioético às questões éticas em saúde.

Revista Bioética, Brasília, v. 30, n. 3, p. 589-597, jul./set. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/3xFcKXfYb4WsbzCVJ9X7jSK/?lang=pt#>. Acesso em: 20 maio 2025.

LIMA, A. F. Bioética e direitos fundamentais: os benefícios da recusa às transfusões de sangue em tratamentos de saúde em tempos de COVID-19. **Revista de Iniciação Científica e Extensão da Faculdade de Direito de Franca**, v. 5, n. 2, p. 23-28, jan. 2020. Disponível em:

<https://revista.direitofranca.br/index.php/icfdf/article/view/1164>. Acesso em: 20 maio 2025.

LIMA, S. L.; LIMA, J. G. S. R.; LIMA, S. I. S. R.; ALVES, H. K. L.; RODRIGUES, W. F. Diretivas antecipadas de vontade: autonomia do paciente e segurança

profissional. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 769-779, out./dez. 2022.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/vbTsfySg6RQndMwrgNrVdhz/?lang=pt#>. Acesso em: 20 maio 2025.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo, Atlas, 2002.

MELO, N. D. **Responsabilidade Civil por Erro Médico**: Doutrina e Jurisprudência. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MONTEIRO, R. S. F.; SILVA JUNIOR, A. G. Diretivas antecipadas de vontade:

percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 86-97, jan./mar. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/j9xLqRQmYnpQWPPn87QfZHH/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 10 maio 2025.

NAKAGAWA, T. R. O.; RODRIGUES, A. L. P.; VILLEGAS, V. C. A.; GURTAT, L. B.; CASTRO, G. R.; ALMEIDA, M. J. Diretivas antecipadas de vontade na percepção de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 47, n. 2, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/jqNVnNRMMRwGnk8wpv5XsLn/?lang=pt#>. Acesso em: 18 maio 2025.

SAMPAIO NETO, A. G. S. **O caso das crianças e adolescentes cujos pais são adeptos das Testemunhas de Jeová nas situações envolvendo a hemotransfusão: limites entre a fé e o sangue**. 2022. 196 f. Tese (Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2022. Disponível em: <https://ri.ucsal.br/server/api/core/bitstreams/e6f9f8ce-7211-4c20-8679-342941999ed1/content>. Acesso em: 20 maio 2025.

SILVA, C. O.; CRIPPA, A.; BONHEMBERGER, M. Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. **Revista Bioética**, v. 29, p. 688-696, 18 mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/7HQq4Y675HFRqJHNwtfDqZf/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2025.

SOUSA, L. F. P. O ônus de prova na responsabilidade civil médica. **Data Venia: Revista Jurídica Digital**, n. 08, p. 5-24, jun. 2018. Disponível em: <https://www.datavenia.pt/ficheiros/pdf/datavenia08.pdf#page=5>. Acesso em: 12 maio 2025.

STEIDEL, E. **Diretivas antecipadas de vontade: o que são e quando utilizá-las**. Melo Advogados Associados. 2024. Disponível em: <https://meloadvogados.com.br/diretivas-antecipadas-de-vontade/>. Acesso em: 10 maio 2025.

VIEIRA, T. R.; REGINA, J. M. **Direito Religioso: questões práticas e teóricas**. 3. ed. São Paulo: Vida Nova, 2020.

VINCENZI, V. S.; PROVIN, A. F. A responsabilidade civil do médico quando do descumprimento das diretivas antecipadas de vontade. **Revista Juris UniToledo**, São Paulo, v. 03, n. 04, p. 03-24, out./dez. 2018. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-Juris-UNITOLEDO_v.3_n.4.01.pdf. Acesso em: 10 maio 2025.