

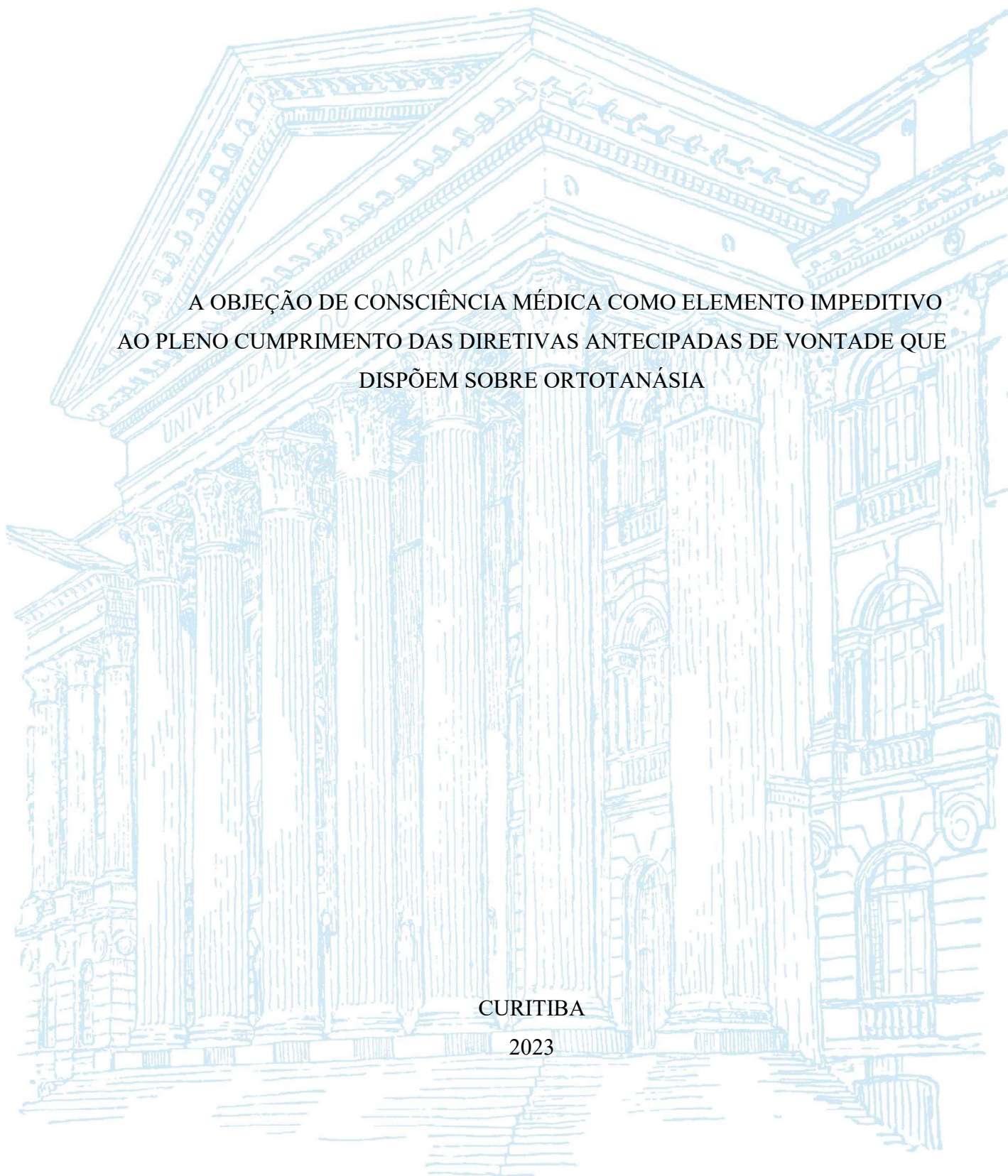
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

EDUARDA MOHRING ALVES BENTO

A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA COMO ELEMENTO IMPEDITIVO
AO PLENO CUMPRIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE QUE
DISPÕEM SOBRE ORTOTANÁSIA

CURITIBA

2023



EDUARDA MOHRING ALVES BENTO

A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA COMO ELEMENTO IMPEDITIVO
AO PLENO CUMPRIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE QUE
DISPÕEM SOBRE ORTOTANÁSIA

Artigo Científico apresentado ao Curso de Graduação em
Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade
Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Direito das Relações Sociais.

Orientador: Prof.^a Dra. Adriana Espíndola Corrêa.

CURITIBA

2023

TERMO DE APROVAÇÃO

A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA COMO ELEMENTO IMPEDITIVO AO PLENO CUMPRIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE QUE DISPÕEM SOBRE A ORTOTANÁSIA

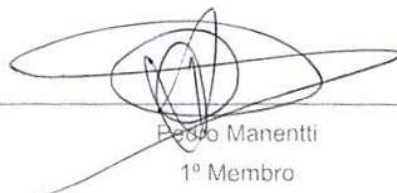
EDUARDA MOHRING ALVES BENTO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Professora Dra. Adriana Espindola Corrêa
Orientador

Coorientador



Paulo Manenti
1º Membro



Maria Fernanda Battaglin Loureiro
2º Membro

RESUMO

O presente artigo debate sobre as circunstâncias que podem levar a objeção de consciência médica a ser um impeditivo ao cumprimento das diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal que dispõem acerca da ortotanásia. A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica dos escritos já feitos acerca das duas matérias, as quais permitiram realizar um estudo inicial de conceituação individual de cada instituto, dispondo acerca de seus conteúdos permitidos e legitimação jurídica para posteriormente compreender como ocorre a intersecção entre suas temáticas. A grande problemática do trabalho encontra-se na delimitação de limites jurídicos que impedem que a objeção de consciência médica seja um instrumento de criação de situações jurídicas inadmissíveis, como o não cumprimento das DAVs do paciente terminal que ocasiona o não recebimento do tratamento escolhido pelo enfermo, neste caso a ortotanásia. Dessa forma, a análise acerca das normativas existentes sobre a matéria permite concluir que, quando a objeção de consciência médica é utilizada como elemento que impede o devido cumprimento das DAV do paciente, não se trataria de um exercício de direito e sim de uma ação profissional ilícita e não autorizada.

Palavras-Chave: Objeções de consciência médica. Autonomia profissional. Diretivas antecipadas de vontade. Paciente terminal. Ortotanásia. Autonomia privada. Situações jurídicas inadmissíveis.

ABSTRACT

The present article discusses the circumstances that can lead to medical conscientious objection being an impediment to the fulfillment of the terminally ill patient's advance directives that verse about orthothanasia. The research was conducted through a bibliographic review of writings on both subjects, which allowed an initial study of the individual conceptualization of each institute, discussing its permitted content and legal legitimacy to later understand how the intersection between their themes occurs. The major problem of the work lies in the delimitation of legal limits that prevent the medical conscientious objection from being an instrument of creation of inadmissible legal situations, such as the non-fulfillment of the ADs of the terminally ill patient that causes the patient not to receive the treatment chosen by him, in this case orthothanasia. Thus, the analysis of the existing regulations on the subject allows us to conclude that, when the medical conscientious objection is used as an element that prevents the due fulfillment of the patient's AD, it is not an exercise of right, but an illicit and unauthorized professional action.

Key-words: Medical Conscientious Objection. Professional autonomy. Advance Directives. Terminally ill patient. Orthothanasia. Private autonomy. Inadmissible legal situations.

LISTA DE ABREVIATURAS

AMM – Associação Médica Mundial

CEM – Código de Ética Médica

CFM – Conselho Federal de Medicina

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

MPFGO – Ministério Público Federal de Goiás

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHPCA – Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

WMA – World's Medical Association

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA COMO DIREITO NO SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO:.....	9
3	AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTRUMENTO GARANTIDOR DOS DIREITOS DO PACIENTE TERMINAL:.....	14
4	A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA COMO OBSTÁCULO AO CUMPRIMENTO DAS DAVS:	21
4.1.	O APARENTE CONFLITO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE TERMINAL:.....	22
4.2.	OS FUNDAMENTOS AOS LIMITES DA AUTONOMIA PROFISSIONAL NO DIREITO BRASILEIRO E SUAS CONSONÂNCIAS À DIRETRIZES INTERNACIONAIS:	25
5	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo propõe-se a abordar a problemática em torno da relação médico e paciente, mais especificamente nas situações em que o paciente, incapaz de manifestar sua vontade no momento do tratamento, já havia externado em suas diretivas antecipadas de vontade, que poderiam ser descumpridas por invocação de objeção de consciência pelo médico, que não concorda com a aplicação da ortotanásia. Dessa situação, surge potencial conflito de interesses entre médico e paciente terminal, que, para além de uma discussão doutrinária complexa, desafia os limites éticos, filosóficos e jurídicos. Isto porque, poderia haver um choque entre dois sujeitos de direito, igualmente protegidos pelas garantias constitucionais, que salvaguardam sua liberdade de se autodesenvolver conforme suas convicções individuais.

Para abordar esta problemática, o presente trabalho se utiliza de revisão bibliográfica e análise normativa do que o direito brasileiro já regulou sobre a matéria. Sobretudo, busca apresentar o recorte de um conflito de interesses que surge a partir do exercício de um direito profissional, que, por vácuo normativo, pode gerar insegurança jurídica na aplicação das diretivas antecipadas de vontade do paciente. Ressalta-se os dois polos desse conflito potencial, de um lado o profissional, ao qual se atribui o dever de lidar com o bem jurídico central de nosso ordenamento, a vida humana, que por consequência gera deveres éticos que podem ir de encontro aos preceitos de sua consciência pessoal. De outro lado, o paciente, incapaz de manifestar suas vontades no momento, mas que as antecipou em um documento jurídico válido dispendo acerca de seus desejos de aplicação da ortotanásia.

Assim, busca-se delimitar em quais cenários é possível a invocação da objeção de consciência médica sem que ela se torne um elemento obstaculizador da aplicação das DAVs do paciente terminal. Conseqüentemente, observa-se quais as possíveis consequências ao paciente se o exercício do objetor não ocorrer de modo adequado, quais direitos fundamentais estarão sendo lesados, como o ordenamento determina que o médico aja nestas situações e qual o limite jurídico que permite que a objeção de consciência não se torne mero instrumento de imposição ideológica.

Por fim, analisa-se como os órgãos internacionais tratam o tema e se há consonância com o direito brasileiro.

2 A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA MÉDICA COMO DIREITO NO SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO:

A objeção de consciência médica pode ser entendida como a conduta em que o médico não atende seu paciente ou recusa-se a realizar o tratamento médico requerido e juridicamente permitido, em razão do mesmo violar princípios morais, religiosos ou éticos de sua própria consciência. Essa atuação é, em certo grau, autorizada pelo sistema jurídico brasileiro, contudo este artigo se propõe a destrinchar quais são as delimitações desse direito profissional e qual o seu verdadeiro amparo legal para posteriormente contrapô-lo à observância das diretivas antecipadas de vontade.

Nesse sentido, o médico, antes de ser percebido como titular desse status profissional, deve ser juridicamente concebido como um indivíduo, sujeito de direito e titular de garantias constitucionais, as quais asseguram sua plena liberdade e autonomia para se autodeterminar. Por isso, não parece correto que a investidura numa carreira profissional, por mais importante que seja, obrigue um indivíduo a realizar condutas que contradigam suas convicções pessoais, ou seja, submeta-o a situações em que tenha que realizar o que não deseja (ou que não acredita ser correto) unicamente por estar vinculado a uma função profissional. Por essa razão, como meio de assegurar a liberdade de consciência ao indivíduo inclusive em seu exercício profissional, a objeção de consciência caracteriza-se como direito que permite ao profissional abster-se de sua função nos casos em que seu exercício viole suas crenças.

Ao conceituar o tema, as autoras Edna Raquel Hogemann e Livia Pagani de Paula caracterizam as objeções médicas como:

Com isso, entende-se que a objeção de consciência médica é a maneira pela qual o profissional da Medicina pode valer-se para recusar legitimamente a prestação de assistência na área da saúde, deixando de realizar alguma conduta terapêutica, por entender que essa é contrária aos ditames da sua consciência, ou até mesmo para realizá-la em desacordo com a vontade do paciente. Isso significa dizer que o médico poderá deixar de agir em determinado caso alegando que a conduta médica escolhida pelo paciente estaria em desacordo com a sua íntima convicção moral e filosófica, pois atentaria contra a sua dignidade, causando-lhe um verdadeiro abalo moral (HOGEMANN; PAULA, 2020, não.p).

Por outro lado, essa possibilidade gera diversos questionamentos. Muitos se perguntam qual a legitimidade desse posicionamento, tendo em vista que as condutas médicas evitadas seriam juridicamente permitidas. Por esse motivo, Mendoza (2001 apud SOARES,

2020) classifica as objeções como um “conflito de deveres”, um embate entre deveres jurídicos e deveres morais. Sobre isso, primeiramente é importante observar que a profissão médica, apesar de carregar consigo a autonomia profissional, não pode aplicá-la extensivamente. Isso ocorre porque a medicina tem como objeto a saúde humana¹ que pode ensejar deveres de agir ou não agir que interferem diretamente na esfera jurídica de terceiros. Logo, o exercício das objeções como direito deve ser um campo cuidadosamente limitado e fiscalizado, vez que as objeções de consciência médica podem ser utilizadas como instrumento para objetivos alheios ao seu propósito: sejam eles a mera conveniência pessoal, oportunismo ou discriminação.

Em razão disso, ao debater o tema, é importante estabelecer premissas doutrinárias básicas e gerais que deveriam ser conhecidas no seu exercício. Sobre isso, Fláviana Rampazzo Soares escreve:

Entende-se que há aspectos organizativos que cercam o tema, e que são vinculados à conduta esperada do profissional, que não pode agir de modo impetuoso. É preciso que a objeção de consciência, quando admissível, seja *explícita* (de fácil percepção e compreensão por seu destinatário); *suficientemente prévia* (a permitir que o paciente tenha condições de buscar outro profissional, sem que o tempo utilizado nessa busca possa prejudicar a sua saúde ou o atendimento); *comprovada* (quando possível), devidamente *motivada* (a validar o seu exercício) e *juridicamente admissível* (SOARES, 2020, p. 360). (grifos próprios)

O exercício das objeções de consciência médica exige, portanto, uma atuação responsável e uma regulamentação jurídica. Nesse âmbito, quando analisa-se as fundamentações jurídicas das objeções no Brasil, é possível concluir que a objeção de consciência médica é amparada pelo nosso ordenamento já em seus direitos fundamentais expressos no artigo 5º da Constituição Federal, seja pela liberdade ampla do *caput*, seja pela a liberdade de consciência e crença, (Art. 5º, inc. VI), a liberdade de pensamento (Art. 5º, inc. IV) ou ainda o impedimento da violação de direitos em função de crenças do Art. 5º, inc. VII. Muitos autores defendem que o princípio constitucional da legalidade (art. 5, inc. II) também seria um fundamento, em consequência dele haveria a necessidade de existir normativa que permitisse a não realização da conduta objetada. Ainda, seus fundamentos mantêm plena

¹ A Lei 12.842/2013 determina que a saúde humana seria o objeto de exercício da medicina. O Art. 2º estabelece: “Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.”

ligação com a defesa dos direitos de personalidade², vez que a consciência e as convicções pessoais sejam elas morais, éticas ou religiosas se encontram estruturadas na personalidade do indivíduo e é a partir delas que o homem consegue se autodeterminar. Por isso, pode-se falar que o direito brasileiro admite a objeção médica como conduta válida e possível a ser exercida.

Nada obstante, o que não se pode negar é que a matéria é tratada juridicamente de maneira muito genérica, seja pela sua carência de lei específica, seja pelo motivo de inexistir tipificações das possibilidades de objeção. Além dos fundamentos expostos acima, os quais foram extraídos de direitos constitucionais e infraconstitucionais, encontra-se um tratamento mais consolidado nas normativas realizadas pelo Conselho Federal de Medicina. A CFM trata da objeção de consciência em seu Código de Ética Médica, defendendo a autonomia médica e o exercício do direito profissional de abster-se, mas ainda de forma geral³. A recente Resolução nº 2.232/2019, foi a normativa que mais fugiu a generalidade e se propôs a delimitar um caso mais específico. Ela regula como deverá ocorrer o exercício da objeção de consciência pelo médico em casos de recusa de tratamento pelo paciente.

Entretanto, em última análise, é possível observar que o CFM não inova no conteúdo, sendo que os limites e deveres são os mesmos já expostos no CEM, o que leva a entender que esses seriam limites gerais aplicáveis a todo e qualquer caso de objeção médica. Sobre esses, a referida resolução determina que em casos de recusa de tratamento médico, é direito do profissional invocar a objeção de consciência (Art. 7^{o4} da Resolução). No entanto estabelece deveres como a necessidade de comunicação ao diretor técnico do estabelecimento de saúde (Art. 9^{o5}) e limites do exercício sendo os casos de ausência de outro médico; ou casos de urgência e emergência; ou ainda possível dano à saúde do paciente, nos quais a relação médico e paciente não pode ser interrompida por objeção de consciência e o médico, obrigatoriamente, deverá adotar o tratamento indicado (Art. 10⁶).

² E todo o seu tratamento e proteção no Código Civil de 2002.

³ Capítulo 1 item VII, o qual dispõe: “o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.” E ainda no Capítulo II, item IX: “Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.” (CFM, 2019a, op. cit., p. 20)

⁴ “Art. 7º É direito do médico a objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente.” (CFM, 2019b, op. cit., não p.)

⁵ “Art. 9º A interrupção da relação do médico com o paciente por objeção de consciência impõe ao médico o dever de comunicar o fato ao diretor técnico do estabelecimento de saúde, visando garantir a continuidade da assistência por outro médico, dentro de suas competências. (CFM, 2019b, op. cit., não p.)

⁶ “Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trouxer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de

A generalidade legal mencionada não é vista como prejudicial ou negativa para toda a doutrina, tendo em vista que parte dela defende que, em razão da matéria ser muito complexa e carregar valores subjetivos, suas expressões práticas resultariam em infinitas possibilidades, as quais não poderiam ser suficientemente alcançadas juridicamente. Por essas razões não seria interessante uma regulamentação rígida e precisamente delimitada.

Ainda assim, se o tratamento legal adequado deve ser geral, é de suma importância que sua interpretação prática e fiscalização seja minuciosa e específica. Apesar disso, a principal problemática em torno da matéria continua sendo a linha tênue entre aplicação responsável e a possibilidade de criação de situação jurídica inadmissível⁷, o que demonstra inefetividade de uma fiscalização adequada. Alguns casos específicos (além do objeto principal deste artigo) tornam a visualização mais fácil desta possibilidade. São estes: a objeção de consciência médica como recusa à promoção de terapia hormonal em adolescentes travestis e transexuais, à reprodução assistida em homossexuais e a realização de aborto em hipóteses legalmente permitidas.

Os professores Igor de Lucena MASCARENHAS, Ana Paula Correia de Albuquerque da COSTA e Ana Carla Harmatiuk MATOS abordam as três temáticas no artigo *“Direito médico à objeção de consciência e a recusa em realizar procedimentos de reprodução assistida em casais homossexuais: a discriminação travestida de direito.”* e revelam que na medicina brasileira a objeção de consciência pode ser mecanismo de não acesso à saúde, discriminação e perpetuação hegemônica. Ainda mais grave, explicitam a possibilidade de os objetores realizarem a escusa em função do sujeito envolvido e não do ato médico realizado. Veja-se que as normativas estabelecidas pelo CFM não impedem que isso ocorra, posto que não há nenhuma exigência de que a motivação seja declarada de forma escrita pelo profissional e seja posteriormente submetida a um crivo fiscalizatório. Logo, as circunstâncias práticas demonstram a possibilidade de inúmeros casos que poderiam gerar situações jurídicas inadmissíveis.

Sobre essa preocupação Thiago Magalhães Pires destaca:

Como o objetivo da objeção de consciência é promover a isonomia, é preciso cuidado para evitar que, a pretexto de acolhê-la, um prejuízo excessivo seja substituído por um benefício injustificado. Ao consagrar a objeção como direito fundamental, a ordem constitucional não confere – nem pode ser interpretada como se conferisse – um tratamento privilegiado a quem tenha certas convicções. A

consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.” (CFM, 2019b, op. cit., não p.)

⁷ A Dra. Flaviana Rampazzo utiliza esta expressão para se referir às possibilidades de discriminação ou prejuízo ao terceiro afetado.

disciplina do tema deve se ater ao limite do necessário para afastar o dano desigual, bem como atentar para que isso não resulte em uma vantagem especial para os envolvidos (PIRES, 2019, p. 598).

Dessa forma, no que se refere ao direito médico de objetar, pela análise apresentada nessa seção percebe-se que o ordenamento jurídico brasileiro valida sua existência e aplicação, porém devido a sua complexidade, ao tratamento geral nas normativas do CFM e aos limites impostos ao médico em seu exercício, verifica-se que há necessidade de um certo cuidado em como este direito pode afetar o paciente. A preocupação é de que um direito criado para concretizar a isonomia, acabe interferindo (ou até prejudicando) na autodeterminação do assistido.

3 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTRUMENTO GARANTIDOR DOS DIREITOS DO PACIENTE TERMINAL:

Do outro lado da relação médica, existe o paciente, o qual assim como o profissional também deve ter suas vontades atendidas. As diretivas antecipadas de vontade são uma possibilidade jurídica personalíssima em que o indivíduo poderá realizar um negócio jurídico unilateral acordando quais são suas preferências médicas. São um instituto jurídico contemporâneo que nasceu no direito estrangeiro e foi criado com o fim de assegurar, sobretudo, que o paciente ainda pudesse escolher acerca de seus cuidados médicos, mesmo em momentos que estivesse incapaz de manifestar sua vontade. Numa análise jurídica, as DAVs demonstram sua validade, ao conjugar como principais fundamentos a defesa da liberdade, da dignidade da pessoa humana e do individualismo. Dentre estes, a dignidade e a autonomia são bases fundantes do nosso ordenamento jurídico constitucional, estando presentes inclusive na Constituição Federal de 1988⁸ como direitos fundamentais e devem ser compreendidos em conjunto, conforme ensinamentos de Luciana Dadalto⁹.

Dentro desta temática, é necessário observar que a relação médico-paciente nem sempre foi pautada no diálogo e na possibilidade do exercício da autonomia para ambos polos. Antigamente, o médico era visto como uma figura autoritária e paternalista, o qual era o único responsável por escolher e aplicar os tratamentos nos indivíduos que atendia. Contudo, conforme a sociedade foi evoluindo, o direito notou a necessidade de criar meios para tornar essa relação mais simétrica, propondo-se a ampliar a proteção aos interesses do paciente. A imposição do “Consentimento Informado”¹⁰ e posteriormente do Consentimento Livre e Esclarecido foram mudanças que valorizaram a autonomia individual e ao mesmo tempo indicaram a existência de uma vulnerabilidade a ser protegida na relação médico-

⁸ A dignidade encontra-se expressamente no artigo 1º, inciso III. E embora a Constituição não traga expressamente a autonomia privada, a concepção doutrinária majoritária é de que, a partir de uma interpretação extensiva do texto constitucional, é possível visualizar a defesa do poder de autodeterminação aos indivíduos vinculados pelo ordenamento. Isso decorre do direito geral de liberdade, previsto no artigo 5º caput, e do conteúdo básico de autodeterminação presente nos princípios e direitos fundamentais expressos no texto.

⁹ A Professora Dadalto nos ensina devemos correlacionar a autonomia privada (verdadeira fonte de manifestação do que o indivíduo deseja) à dignidade da pessoa humana, de forma a entendê-la como uma mescla de autonomia pública e privada, em que se busca garantir que o ordenamento constitucional disponha de mecanismos que permitam o pleno desenvolvimento existencial humano, compreendendo suas particularidades e necessidades.

¹⁰ Estabeleceu o dever de informação ao médico, de modo que antes de iniciar um procedimento ou tratamento é sempre obrigado a informar e esclarecer ao paciente sobre sua natureza, consequência e riscos. E então, a partir do exposto pelo profissional, o paciente poderá decidir, conscientemente e voluntariamente se aceita ou não se submeter a ele.

paciente. Diante da fragilidade do paciente frente ao conhecimento médico, passou-se a exigir que o profissional o informasse suficientemente acerca do procedimento, para posteriormente obter sua anuência e só então poder prosseguir com a intervenção. Esses deveres possibilitaram o exercício da medicina como um “processo dinâmico de troca entre médico e paciente” (CORREA, 2010, p.163), incluindo o paciente nas decisões médicas, que antes eram tomadas unilateralmente pelo profissional, pautado numa premissa de superior conhecimento técnico e confiança. Desse modo, há um reconhecimento do paciente frente ao seu corpo. Ele passa a ser compreendido como pessoa, sujeito de direito com próprias convicções e interesses pessoais, com sua integridade física e psíquica a serem preservadas. Sobre o reconhecimento jurídico ao paciente, ressalta-se as palavras da Professora Dra. Adriana Espíndola Corrêa:

O ordenamento jurídico reconhece e protege uma esfera de autodeterminação pessoal, atribuindo ao sujeito o poder de permitir a intervenção na sua dimensão individual e na sua integridade psíquica e física. Para assegurar a autonomia, imputa àquele que efetuará a intervenção o dever de obter o consentimento livre e esclarecido (CORREA, 20, p. 160).

Nesse cenário, a medicina contemporânea passou a valorizar a humanização, mesmo em meio ao avanço tecnológico e científico. No Brasil, essas garantias ao paciente são asseguradas no Código de Ética Médica, como o artigo 22 do Capítulo IV que determina como vedado ao médico: “Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.” (CFM, 2019, p. 25). Ou ainda, o art. 24 do mesmo capítulo que determina a impossibilidade do médico: “Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.” (CFM, 2019, p. 25). Portanto, nota-se que o profissional tem um dever de respeitar os desejos do paciente e obter a manifestação de seu consentimento para que a intervenção corporal a ser praticada esteja no campo de licitude.

O paciente em situação terminal também deve ter sua autonomia preservada no decorrer de seu tratamento. A terminalidade se caracteriza pelo diagnóstico de alguma condição de saúde irreversível, em que não é mais possível resgatar suas possibilidades de recuperação; Em consequência disso, o indivíduo torna-se irrecuperável, caminhando para

uma morte certa e previsível. O caso especial desses sujeitos desperta um interesse jurídico, pois em função da situação médica irreversível, podem ser submetidos a procedimentos invasivos inúteis sob a premissa profissional de “*salvar a vida a qualquer custo*” ou ainda “*adiar a morte o máximo possível*”. Essas posturas médicas são consideradas antiéticas e capazes de gerar grande sofrimento ao enfermo, mas não estão completamente banidas da medicina brasileira. O Brasil ainda possui uma cultura de tratamento essencialmente distanásica. Por isso, a esfera de autodeterminação do paciente terminal é um alvo sob grande ameaça. Sobre a importância da autonomia do paciente nessas decisões analisa-se o seguinte trecho da monografia de ALYSSON OLIVEIRA MOREIRA:

Dentro desse contexto, qualquer decisão médica sobre os tratamentos aplicados em pacientes terminais, independentemente das convicções pessoais dos próprios médicos sobre a sua morte ou a morte do outro, só se legitimam se tomadas em conformidade com as escolhas do próprio paciente. A prática da distanásia, muitas vezes feita para evitar acusações de omissão de socorro, viola a dignidade humana no momento em que desconsidera esse núcleo duro existencial e ameaça a qualidade de vida do doente (MOREIRA, 2021, p. 59).

Ciente da cultura médica do país e de sua condição, muitos desses pacientes tendem a produzir uma diretiva antecipada de vontade buscando salvaguardar a efetividade de seus direitos fundamentais. Esses indivíduos temem que devido a progressão de seu quadro de saúde, em situação futura, tornarem-se incapazes. Em razão disso, se tal possibilidade se concretizar pretendem garantir a observância às suas preferências acerca dos cuidados médicos.

Logo, as DAVs são o instrumento adequado a permitir que as concepções pessoais acerca de um fim de vida digno, presentes heterogeneamente em cada ser humano, possam ser levadas em consideração nos cuidados que serão aplicados neste paciente, especialmente na escolha da não aplicação da distanásia. A distanásia, nada mais é que tratamentos intervencionistas realizados com a busca de curar o paciente (ou evitar sua morte), os quais são ineficazes diante de uma terminalidade. O próprio Conselho Federal de Medicina estabelece no Código de Ética, no parágrafo único do art. 41, que:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2019, p.28).

Muitos pacientes terminais são capazes de aceitar sua condição e diante da inevitabilidade da morte, preferencialmente optam por um tratamento menos agressivo, que se baseie essencialmente em aliviar desconfortos e não em curar. Apesar de não existir legislação sobre o tema, verifica-se que a ortotanásia é prática juridicamente admissível e por isso poderá ser escolhida como opção de conteúdo pelo redator das diretivas. O paciente que dispõe acerca da ortotanásia busca sobretudo que os profissionais permitam que seus últimos momentos sejam desprovidos de angústia e sofrimento, visando apenas o alívio da dor, diminuição do desconforto e acolhimento (GUTIERREZ, 2001, op. cit.). A ortotanásia permite àqueles que nela acreditam, que os momentos finais do paciente terminal sejam compatíveis com a dignidade da pessoa humana, evitando um prolongamento artificial de vida, o qual torna o paciente mero objeto da evolução tecnológica e científica.

Por essas razões, o paciente terminal poderá utilizar as diretivas antecipadas de vontade como meio apto a permitir que sua vontade sobre procedimentos médicos seja manifestada mesmo nos momentos em que esteja impossibilitado de exprimir o que deseja. Dados expostos numa pesquisa realizada pela Dr. Paula Azambuja Gomes, demonstra a importância que esse documento pode trazer para que a ortotanásia seja efetivamente atendida pelos médicos:

Um estudo, que visou identificar as variáveis que influenciam os médicos a implementar as Diretivas Antecipadas de vontade e avaliar o seu impacto nos cuidados de fim de vida, demonstrou que em 86% dos casos, ter uma diretiva levou a menores taxas de intervenções invasivas nos últimos dias de vida do paciente e a adoção de cuidados paliativos por meio de medidas de conforto. Os médicos estavam propensos a acatar o desejo de seus pacientes e concordaram que ter uma manifestação prévia auxiliava no processo de tomada de decisão. Contudo, também enfatizaram que outros fatores também foram levados em consideração, especialmente condições de prognóstico e irreversibilidade do quadro de saúde apresentado pelo paciente (44). principalmente para pacientes terminais, os quais não tem um prognóstico de melhora de sua condição, a possibilidade da ortotanásia surge como um conforto diante de uma previsão inevitável: a morte (GOMES, 2021, p. 28).

Sobre esse documento, as diretivas antecipadas de vontade são gênero, que comportam as espécies do testamento vital e do mandato duradouro ou procuração para cuidados de saúde. O instituto é regulado pelo Conselho Federal de Medicina e foi melhor definido pelo artigo 1º da Resolução 1.995/2012 produzida pelo mesmo órgão, o qual declara que:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CFM, 2012, p.1).

As normativas feitas pelo CFM são a única norma no Brasil que especificam a matéria. Ademais, seus fundamentos jurídicos não são de fácil reconhecimento, resultando numa proteção pautada em princípios fundamentais essencialmente abstratos, como a dignidade da pessoa humana e as disposições constitucionais mencionadas no começo deste título. Em razão disso, doutrinadores como Otávio Luiz Rodrigues Junior criticam a utilização de fundamentos constitucionais para regulamentar situações essencialmente “jurídico privatísticas”, o que não seria necessário se existisse uma lei regulatória para o instrumento:

Chega-se ser curioso exigir-se uma lei para regular o mandato, um contrato que é primordialmente dotado de conteúdo patrimonial, e deixar-se um instrumento como o “testamento vital” para a esfera normativa de uma corporação de profissionais, contentando-se com a invocação da dignidade humana como ratio para o exercício de um direito que interfere no sentido e no alcance da própria vida de um indivíduo (RODRIGUES JUNIOR, 2015, P. 386).

Sem embargo, são os fundamentos indiretos do ordenamento que autorizam sua observância enquanto o legislativo não atua. As DAVs que dispõem acerca da ortotanásia também encontram amparo no art. 15 do Código Civil, o qual se preocupou em salvaguardar a autonomia do paciente, dispondo que: “Art. 15º Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” (BRASIL, 2002, n.p). Ademais, o judiciário brasileiro já se manifestou acerca da constitucionalidade da Resolução nº 1995, julgando improcedente em primeiro grau a Ação Civil Pública nº 0001039-

86.2013.4.01.3500¹¹ promovida pelo MPFGO que buscava declarar a ilegalidade e inconstitucionalidade da normativa. Por isso, apesar de incipiente no nosso ordenamento, o entendimento majoritário é de que as DAVs devem ser amplamente admitidas e aplicadas pelos profissionais médicos.

Dentre suas espécies, as principais são o testamento vital e o mandado duradouro. O testamento vital é um negócio jurídico solene, unilateral, que será redigido por uma pessoa em plena capacidade civil, dispondo acerca de suas opções acerca de tratamento médico, para ser aplicado num cenário futuro em que se encontre, ainda em vida, incapaz de exprimir suas vontades. Já o mandado duradouro, por sua vez, consiste num documento, no qual o paciente nomeia um procurador, ou mais de um, que deverá ser consultado pelo médico sobre os cuidados a serem tomados em caso de incapacidade superveniente. Aqui predomina a figura da fidúcia, pois o mandante elege uma pessoa que confia ser a mais capacitada para decidir sobre sua vida. Há uma sub-rogação da vontade do paciente na figura do mandatário, o qual deverá agir pautando-se no conhecimento do paciente e nas convicções pessoais deste, de modo a eleger o que acredita ser a melhor escolha para o outro e não para si.

Mais do que somente garantir a autonomia do paciente, as diretivas antecipadas de vontade também podem auxiliar o médico na sua desresponsabilização jurídica, posto que são um documento apto a comprovar que o profissional agiu cumprindo com o que o indivíduo determinou como preferências pessoais de tratamento. Isso é muito importante, principalmente no cenário da ortotanásia, onde existem casos em que ainda há possibilidade de realizar procedimentos invasivos, os quais irão postergar a possível morte do paciente, mas não irão auxiliar sua qualidade de vida. Muitos médicos temem ser responsabilizados por não realizarem procedimentos quando ainda poderiam agir, temem denúncias de omissão de socorro e sobretudo, o peso de “falha” que a morte de um paciente pode lhes trazer.

Por isso, há uma necessidade de que a comunidade médica seja instruída acerca das diretivas antecipadas de vontade, pois percebe-se que o assunto é muito pouco abordado na formação do profissional e muitos chegam à prática médica sem saber da sua existência. Para isso é importante avaliar dados empíricos, os quais são trazidos mediante a pesquisa realizada pela Dr. Paula Azambuja Gomes onde a médica expôs diversos estudos relacionados a

¹¹ A ação ainda encontrasse em andamento, devido aos recursos interpostos.

aceitação das DAVs por médicos e em um deles foi possível observar que num estudo realizado numa faculdade de medicina brasileira,

(...) envolvendo 348 alunos, verificou que 69,8% não conheciam o conceito de vontades antecipadas. A maioria dos alunos, cerca de 77,6%, afirmou que não teve a oportunidade de discutir este tema durante as aulas da graduação (46). Este estudo foi replicado em outra faculdade de Medicina em outro estado, com uma amostra de 147 estudantes. Os dados demonstraram que apenas 12,9% tinham uma noção clara do significado das Diretivas Antecipadas de Vontade.” (GOMES, 2021, p. 29)

O desconhecimento dos profissionais acerca da temática pode gerar prejuízos especialmente para o paciente, o qual ao apresentar o documento regido ao profissional poderá se deparar com hesitações do mesmo em realizar sua aplicação. Por essas razões, é importante que o paciente tenha sido instruído acerca de seus direitos e da obrigação que o médico tem de respeitá-los. Há sempre a possibilidade do indivíduo ser auxiliado por um jurista, o qual poderá acompanhá-lo nos possíveis desdobramentos da situação. Porém, nem todos podem arcar com esse custo extra, por isso ressalta-se a importância da conscientização acerca das DAVs.

4 A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA COMO OBSTÁCULO AO CUMPRIMENTO DAS DAVS:

Feitas as considerações iniciais sobre os dois institutos: a objeção de consciência e as diretivas antecipadas de vontade, é imperioso o estudo acerca de como ocorre a intersecção destas temáticas. Na prática médica é possível encontrar cenários em que o paciente terminal realiza uma DAV dispondo acerca de seus desejos acerca da aplicação da ortotanásia quando encontrar-se inconsciente ou incapaz de expressar sua vontade. Como já exposto, a ortotanásia seria o mecanismo de “morte no tempo certo”, muito relevante para pacientes sem um prognóstico de melhora, pois bem se sabe que a obstinação terapêutica pode ser um método desgastante e sem resultados pertinentes. Em razão disso, recomenda-se que em casos de terminalidade, os médicos sejam capazes de fornecer conforto ao enfermo dispondo apenas de cuidados paliativos. Nesse caso, a ação médica não é com o objetivo de provocar a morte, mas sim de deixar de adiá-la com procedimentos inúteis, autorizando que a vida leve seu próprio curso.

Apesar de ser considerada a prática mais ética nos casos de terminalidade, muitos profissionais recusam-se a aplicar a ortotanásia. Muito disso ocorre em função de uma cultura terapêutica distanásica que por muitos anos foi a corrente principal na medicina, sobre isso no Brasil o Professor Dr. Léo Pessini analisa:

No Brasil, a tradição da ética médica codificada tem a tendência de respaldar intervenções distanásicas. Por exemplo, um dos primeiros códigos brasileiros de ética médica, o de 1931, reprova a eutanásia “porque um dos propósitos mais sublimes da Medicina é sempre conservar e prolongar a vida” (art. 16/31). Se aceitamos que a finalidade da medicina “é sempre conservar e prolongar a vida” – e os códigos subsequentes também vão nessa mesma direção – estaremos claramente deitando as raízes da justificação da distanásia com seu conjunto de tratamentos que não deixam a pessoa, na fase final da vida, morrer em paz. (PESSINI, 2004, p.40-41)

A cultura mencionada negava a morte e procurava prolongar a vida artificialmente o máximo possível. Além disso, a recusa à ortotanásia possui origens de cunho religioso, nas quais ideais morais condenam a “intervenção” do homem numa decisão que seria divina. Apesar do cenário contemporâneo ser outro, a pluralidade da sociedade torna possível que profissionais que condenam a ortotanásia se deparem com pacientes que acreditam na sua aplicação. Quando isso ocorre, estes médicos poderão abster-se de atender o paciente, alegando ser uma caracterização de objeção de consciência. A problemática desta situação se encontra nos casos em que diante da recusa médica, o paciente não consegue ter sua DAV

aplicada por outro médico, o que causaria grave lesão à sua autonomia privada bem como à sua dignidade.

4.1. O aparente conflito de direitos fundamentais na relação médico-paciente terminal:

O conflito ao qual se dedica essa pesquisa é este aparente conflito entre esferas de autonomias na relação médico-paciente, quando o médico se recusa a cumprir uma diretiva antecipada de vontade que disponha sobre ortotanásia, alegando ser o caso de uma objeção de consciência. Primeiramente, cabe ressaltar que essa situação é juridicamente possível, desde que não se trate de casos de emergência, urgência ou que não exista outro profissional¹² para cumprir o desejado pelo enfermo. Se não se tratar de nenhuma das hipóteses anteriores, o profissional poderá recusar-se a continuar o tratamento do paciente terminal.

No entanto, para isso, deverá notificar o gestor do estabelecimento onde exerce sua profissão (seja um hospital público ou particular¹³), fundamentar sua recusa e encaminhar o paciente a um profissional que consiga realizar o procedimento conforme requerido. A observância a esses deveres não está expressa em nenhuma legislação, nem ao menos no Código de Ética Médica. Esse vácuo normativo permite que a ciência jurídica, a partir de análises, determine qual seria a conduta ética e juridicamente possível a ser praticada pelo objetor. Por consequência, há um consenso majoritário de que se deveria observar tais deveres. Se o profissional não realizar ao menos um destes passos, verifica-se que a esfera de proteção do paciente passa a ser lesada.

¹² Cabe ressaltar que o Código de Ética Médica, em seu Capítulo I - VII determina que a inexistência de outro profissional apto a cumprir com o tratamento que originou a objeção de consciência seria um limite que impede o exercício do direito pelo profissional, devendo obrigatoriamente atender o paciente. Contudo, estudos doutrinários mostram que isso, na prática, não seria um impedidor para o objetor se abster de sua função. Isso é exemplificado pelos casos de médicos em cidades pequenas que se recusam a realizar abortos legalmente permitidos e por serem os únicos capazes de realizar o procedimento naquele local acabam sendo uma barreira ao acesso de saúde à mulher. “Muitas vezes a mulher solicita a interrupção legal da gestação e os profissionais respondem que aquela instituição não realiza o procedimento e que são todos objetores, deixando a paciente sozinha para buscar atendimento. Isso força a mulher a buscar um aborto inseguro, com as graves consequências que já sabemos” (ROSAS, 2023, não p.).

¹³ Em consonância com o Capítulo II do Código de Ética Médica e observando que se for um consultório, ou seja, fora de um estabelecimento de saúde, deverá ser observado a disposição do art. 9º, parágrafo único, da Resolução 2.332/2019: “Parágrafo único. Em caso de assistência prestada em consultório, fora de estabelecimento de saúde, o médico deve registrar no prontuário a interrupção da relação com o paciente por objeção de consciência, dando ciência a ele, por escrito, e podendo, a seu critério, comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.”

A notificação ao superior possibilita que a situação seja fiscalizada por um terceiro, o qual deverá verificar se o caso concreto é legítimo e autoriza o fenômeno da objeção. A motivação escrita impediria que fundamentos desconexos com a situação fossem apresentados, como por exemplo o médico que se recusa a atender o paciente baleado por ser moralmente contra a violência¹⁴, não há nexos necessário direto entre a objeção e o caso concreto. Já a necessidade de existir um outro profissional apto a cumprir o tratamento requisitado garante o acesso do paciente ao procedimento legalmente permitido. A restrição ao acesso à saúde não poderá ocorrer, pois a expressão de consciência individual não pode ser sobrelevada a tal ponto de oprimir direitos de terceiros (quando estes não compartilharem da mesma opinião do objeter). Se isso ocorre, verifica-se que haverá uma clara imposição ideológica, por essas razões o direito de objetar só poderá ser garantido quando o direito do paciente for protegido na mesma medida.

Quando os deveres anteriormente mencionados não são cumpridos haverá uma violação ética feita pelo profissional e os direitos fundamentais do paciente serão lesados. Este é o limite jurídico da objeção de consciência. A partir do momento que ela não ocorre conforme os moldes normativamente estabelecidos ela se torna apta a criar situações jurídicas inadmissíveis. Nota-se que mesmo em um cenário em que o médico objeter não notifica, não motiva, mas encaminha o paciente terminal para outro profissional capaz de aplicar a ortotanásia, as diretivas antecipadas de vontade poderão ser cumpridas e a vontade manifestada atendida. Seria uma conduta inapropriada e inadequada, mas que possibilitaria aos envolvidos “chegarem ao destino final”, não haveria conflito e nem ameaça à efetividade das DAVs.

Contudo, quando visualiza-se a situação em que o objeter notifica, motiva, mas não encaminha a um profissional capaz de aplicar o tratamento solicitado, os desejos do paciente poderão não ser atendidos. Aqui a situação gera grande insegurança jurídica ao paciente e a objeção torna-se um obstáculo à aplicação das diretivas antecipadas de vontade. É imprescindível que quando o objeter se negue a cumprir as diretivas antecipadas, também se certifique da existência de outro profissional naquela localidade que poderá atendê-las, vez

¹⁴ A Professora RAMPAZZO demonstra esse critério de proximidade de conduta objetada e motivação, como fruto do precedente *Greater Glasgow Health Board V. Doogan And Another*: “(...) a análise das circunstâncias concretas indicará qual é o grau de proximidade entre o ato a praticar pelo objeter e o ato efetivamente objetado. Quanto maior a distância entre um e o outro, menor será o âmbito de proteção à objeção de consciência, a qual deve salvaguardar quem diretamente terá que praticar o ato objetado.” (RAMPAZZO, 2020, op. cit., p.357)

que nos casos em que inexistente outro profissional o Código de Ética Médica é claro ao determinar que não existirá direito à objeção.

Por isso, nas situações em que o médico se recusar a aplicar as diretivas antecipadas de vontade que disponham sobre a ortotanásia do paciente terminal invocando a objeção de consciência é indispensável verificar se já existe outro profissional ciente da situação e apto a substituí-lo, se este for o caso não haverá conflito na relação médico-paciente, pois o outro médico aplicará as DAVs concretizando a autonomia do paciente terminal e seus direitos fundamentais. Da mesma maneira que o médico objeitor terá preservado sua autonomia profissional e os seus respectivos direitos fundamentais. Este é o cenário ideal e juridicamente permitido em que nenhuma das partes envolvidas saem lesadas e o ordenamento permite a coexistência de uma pluralidade de convicções pessoais. Neste cenário a objeção de consciência não se caracteriza como um empecilho ao cumprimento das diretivas antecipadas de vontade, pois mesmo que aquele médico objeitor não cumpra as DAVs é assegurado ao paciente que outro médico não objeitor aplicará suas manifestações de vontade.

Entretanto, nos casos em que existe a recusa por parte do objeitor e não há a certificação da existência de outro profissional apto a atender aos desejos do paciente terminal, verifica-se que também não haverá um conflito de direitos como muitos doutrinadores defendem. ***Pois neste caso inexistirá direito à objeção de consciência médica.*** Como já pontuado, a existência de outro profissional é condição de existência à objeção¹⁵, se não existir outro profissional o objeitor é obrigado a atender os desejos do paciente e prosseguir com o atendimento médico. Perceba-se que é necessário que a constatação da existência de outro profissional seja verificada concomitantemente à invocação da objeção médica, pois se for constatado inexistência de substituto não será possível abster-se do dever médico de atender o paciente. Se o objeitor não assegura o paciente de que o mesmo será atendido por outro profissional estará agindo ilegalmente, pois tal situação configuraria uma violação da autonomia do paciente.

Mediante o exposto, busca-se concluir que quando o médico exerce o direito à objeção de forma responsável, ciente de seus deveres e dentro dos limites propostos pelas normativas da CFM inexistirá conflito de direitos entre médico e paciente, pois ambos polos da relação terão sua autonomia respeitada. Destaca-se mais uma vez que quando o médico não permite que o paciente tenha acesso à um tratamento juridicamente permitido ele não estará exercendo um direito e sim realizando um ato ilícito, capaz de causar danos à esfera jurídica

¹⁵ Condição que se encontra expressa no Código de Ética Médica, Capítulo I, Vii.

de terceiros. No tratamento desta temática, é necessário possuir um viés crítico de que a prática médica nem sempre ocorre de acordo com o “dever-ser”, muitos médicos desconhecem os limites da objeção de consciência e a invocam em seu benefício, deixando de cumprir com seus deveres necessários e deixando o paciente desamparado. Por conseguinte, é imprescindível que o Conselho Federal de Medicina estabeleça uma fiscalização eficiente para assegurar que todos os casos de objeção de consciência ocorram em consonância com a legalidade, medidas que inexistem na atualidade.

4.2. Os fundamentos aos limites da autonomia profissional no direito brasileiro e suas consonâncias à diretrizes internacionais:

O Estado de Direito brasileiro é construído a partir dos fundamentos constitucionais, dentre eles verificamos a ampla defesa à liberdade (e suas ramificações em autonomia privada, a liberdade de pensamento e a liberdade de crença). Apesar disso, ressalta-se que nenhum direito fundamental é absoluto ou hierarquicamente superior a outro, conforme tese já defendida pelo Supremo Tribunal Federal¹⁶ na ADI 3510/DF. Por isso, é importante que haja um consenso que a liberdade individual não poderia se sobrepôr à defesa da vida¹⁷. Outrossim, a profissão médica, por lidar com a vida humana, traz consigo deveres éticos e jurídicos inafastáveis e por mais que se busque preservar a autonomia individual inclusive no exercício da profissão, haverá momentos em que isso não será possível. Há espaços jurídicos em que não é possível a livre manifestação de consciência, pois será necessário proteger

¹⁶ O Supremo Tribunal Federal corrobora tal tese em trecho do voto do antigo Ministro Joaquim Barbosa na ação direta de inconstitucionalidade 3.510-0 DF, a qual analisou as pesquisas realizadas com células-tronco embrionárias, declarando que: “Em outras palavras, segundo nosso ordenamento jurídico o direito à vida e a tutela do direito à vida são dois aspectos de um mesmo direito, o qual, como todo direito fundamental, não é absoluto nem hierarquicamente superior a qualquer outro direito fundamental (BRASIL, 2008, p. 462).”

¹⁷ Mesmo entendimento pode ser visto na Apelação nº 59500373 julgada pelo TJRS a qual defendeu que: “O DIREITO À VIDA ANTECEDE O DIREITO À LIBERDADE, AQUI INCLUÍDA A LIBERDADE DE RELIGIÃO; É FALÁCIA ARGUMENTAR COM OS QUE MORREM PELA LIBERDADE POIS, AÍ SE TRATA DE CONTEXTO FÁTICO TOTALMENTE DIVERSO. NÃO CONSTA QUE MORTO POSSA SER LIVRE OU LUTAR POR SUA LIBERDADE. HÁ PRINCÍPIOS GERAIS DE ÉTICA E DE DIREITO, QUE ALIÁS NORTEIAM A CARTA DAS NAÇÕES UNIDAS, QUE PRECISAM SE SOBREPÔR AS ESPECIFICIDADES CULTURAIS E RELIGIOSAS; SOB PENA DE SE HOMOLOGAREM AS MAIORES BRUTALIDADES; ENTRE ELAS ESTÃO OS PRINCÍPIOS QUE RESGUARDAM OS DIREITOS FUNDAMENTAIS RELACIONADOS COM A VIDA E A DIGNIDADE HUMANAS. RELIGIÕES DEVEM PRESERVAR A VIDA E NÃO EXTERMINÁ-LA.(Apelação Cível, Nº 595000373, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Gischkow Pereira, Julgado em: 28-03-1995).”

outros bens jurídicos, como a saúde humana¹⁸ e sua dignidade intrínseca. A autora Flaviana Rampazzo ressalta que a importância da medicina para sociedade tem grande influência na extensão da autodeterminação do médico na prática:

(...) observa-se que, segundo a análise empreendida (por cada corrente e suas visões), a divergência está na extensão do exercício da autodeterminação do médico, considerado a importância da profissão para os demais integrantes da sociedade, bem como o maior peso aos interesses relativos à saúde em sentido amplo, a contemplar tanto os justos anseios de um paciente individualmente considerado, quanto da saúde como um interesse a preservar e a promover. (...) Assim, a autonomia do profissional na seara do direito médico e, em especial, na autodeterminação do profissional da medicina, pode não preponderar ou ser exercida amplamente, quando ponderada a concepção de heteronomia, de modo que, conquanto se reconheça a pessoa como um ser moral, com capacidade de decisão e de responsabilidade sobre as suas decisões, o exercício da profissão, sob determinadas circunstâncias, poderá ensejar um dever de agir ou de não agir, ainda que o médico pense de modo diferente (RAMPAZZO, 2020, p. 361-362).

Para que a objeção de consciência médica continue sendo um instrumento de preservação da isonomia, o direito deve estabelecer limites claros à autodeterminação do profissional, de modo a impedir que privilégios sejam concedidos ao médico e danos sejam causados ao paciente. O paciente terminal e incapaz encontra-se numa situação de fragilidade tanto física, quanto psicológica e cognitiva, por isso a possibilidade de *juridificação*. Desse cenário, permite que sejam positivadas as obrigações de ambos sujeitos (médico e paciente). Por consequência, evita-se um abuso do mais fraco pelo mais forte, sendo que é inegável a autoridade médica diante da vulnerabilidade do paciente. Devido ao desequilíbrio da relação, a prerrogativa das objeções médicas pode facilmente virar ferramenta de imposição ideológica e impedimento do acesso à saúde.

Outra discussão no âmbito da normatividade das objeções médicas e das diretivas antecipadas de vontade é que ambos institutos foram apenas regulados pelas normativas do Conselho Federal de Medicina, o qual não possui uma eficácia geral e *erga-omnes*. Além dessa questão, são redigidas por um conselho de profissionais, o que não é equivalente às leis produzidas pelo poder legislativo, legítimo representante do povo e o qual atua restrito à um procedimento constitucionalmente aprovado. A criação de uma legislação permitiria a proteção à ambos polos dessa conjuntura, vez que o médico também não poderá alegar em sua defesa as Resoluções do CFM, conforme ensinam Matheus Massaro Mabtum e Patrícia Borba Marchetto:

¹⁸ Defende-se que o direito à vida seja compreendido conjuntamente à proteção à dignidade humana, vez que não se protegerá a mera vida biológica e sim o viver digno correspondente ao necessário para máxima proteção da personalidade do indivíduo.

Não é lícito o médico alegar em sua defesa a existência da Resolução n. 1.805/2006 e da Resolução n. 1.995/2012, ambas do Conselho Federal de Medicina, pois nenhuma delas tem eficácia geral, restringindo-se aos profissionais vinculados ao conselho. Seu conteúdo está adstrito à postura ética profissional, não servindo como excludente de antijuridicidade ou de ilicitude, razão pela qual sua alegação em defesa do ato médico não será suficiente para afastar a responsabilização. O profissional estará isento apenas de sanções oriundas de infração ética. Apenas a regulamentação do instituto é capaz de conferir segurança jurídica para a equipe médica ao acatar o que está determinado nas diretivas antecipadas de vontade (MABTUM; MARCHETTO, 2015, p. 129).

A inexistência de legislação não impede que os institutos mencionados sejam aplicados, pois a vivência social exige certas atuações imediatas, as quais ainda não foram legisladas. Pessoas não deixarão de ficar doentes e médicos não deixarão de recursar-se a aplicar tratamentos apenas porque as matérias não foram tratadas em legislação especial, destarte é preciso que os estudos acerca da matéria cheguem aos envolvidos. É de se reforçar a necessidade de fiscalização capaz de analisar a motivação apresentada pelos médicos objetores, confirmar se o caso concreto se coaduna com suas normativas e por fim, comprovar se o profissional se certificou de existir outro médico apto a atender o paciente (e nos casos de inexistência reafirmar a impossibilidade de objeção). Essa fiscalização poderia ser feita por órgãos especializados na matéria ou mesmo por um “agente de validação” (RAMPAZZO, 2020), um profissional independente com conhecimento técnico sobre a temática.

Essas possibilidades estão em consonância com as formas que as organizações internacionais tratam as matérias abordadas neste artigo. O consenso geral das entidades internacionais é pela autonomia do paciente nas decisões sobre tratamento médico, seja no fim da vida ou não. Para isso, as diretivas antecipadas de vontade são o documento recomendado e aceito para manifestações de vontade nos pacientes incapazes. Por outro lado, as mesmas entidades preservam a autonomia médica e recomendam a estes uma postura ética de abstenção e não intervenção diante de uma recusa de tratamento. A Associação Médica Mundial proferiu declaração, proveniente de sua Assembleia Geral que ocorreu em 2019, que institui uma veemente oposição da AMM à prática da eutanásia e do suicídio assistido, condutas que seriam consideradas extremamente antiéticas, o que condena a intervenção médica na morte do paciente.

Contudo, nesse mesmo documento a Associação estabelece que há um direito básico ao paciente de recusar tratamento médico e que o respeito do médico a essa opinião não seria considerado uma postura antiética, o que corrobora o entendimento da primazia da autonomia

do paciente nessas decisões e uma recomendada postura de “abstenção médica” frente a seus desejos de não prosseguir com tratamentos indesejados. Em outra declaração da mesma Associação (AMM) há a determinação que os cuidados eticamente apropriados aos pacientes em terminalidade seria o respeito à sua autonomia e aos valores pessoais de cada paciente, de sua família ou de íntimos associados. Nessas recomendações há a menção de que se o paciente possuir capacidade para decidir, sua decisão autônoma de recusar intervenções médicas deverá ser respeitada mesmo se a vida do paciente vier a ser encurtada.

Conjuntamente à autonomia, há a recomendação à aplicação do tratamento de cuidados paliativos ao paciente terminal. Sobre isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua Assembleia da Saúde Mundial determinou que os cuidados paliativos seriam uma responsabilidade ética dos sistemas de saúde e que o objetivo de integrar os cuidados paliativos nos sistemas públicos de saúde seria essencial para a conquista do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável na cobertura de saúde universal. No Atlas Global de cuidados paliativos, feita pela WHPCA (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance), a aliança mundial defende a autonomia do paciente para decidir sobre seus tratamentos, especialmente nas situações de terminalidade, em que os médicos deverão oferecer a possibilidade de o paciente escolher, se este optará por realizar tratamentos “curativos” ou somente pelos cuidados paliativos.

Junto a isso, merece menção a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que apesar de ter sido realizada em 2005, priorizou a participação dos pacientes na tomada de decisões médicas. Em relação a isso, nas palavras de Luiz Roberto Barroso e Letícia de Campos Velho Martel:

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO determina que “qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito”. Para os casos de incapacidade, há dispositivos específicos, que visam a proteger a parcela de autonomia remanescente e os melhores interesses do envolvido (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 246).

Os documentos internacionais também defendem a autonomia profissional e o exercício da objeção de consciência. O Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) feito pela ONU e aberta aos participantes da Assembleia Geral de 1966, defende a liberdade de pensamento, de consciência e de religião, a qual poderá ser professada nos setores públicos e privados da sociedade. Porém, o mesmo pacto estabelece limites, declarando que a liberdade

de manifestação de crença estará sujeita às limitações que “se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral pública ou os direitos e as liberdades das demais pessoas” (ONU, 1966, p.7). No mesmo sentido, observa que a Associação Mundial Médica buscou estabelecer na Declaração de Helsinque de 1964, que:

(...) o direito do profissional de saúde recusar conscientemente a prestação de alguns serviços deve ser secundário a seu dever principal, aquele perante o paciente. Essas associações especificam que esse direito à recusa deve estar pautado pelas obrigações de garantir que os direitos do paciente a informações e serviços não sejam infringidos (CHAVKIN et al, 2023, p.6).

Conclui-se, mediante o exposto, que o cenário internacional privilegia a autonomia do paciente e busca limitar o exercício da autonomia profissional, assim como ocorre no Brasil. Essa limitação ocorre em função da notoriedade do desequilíbrio na relação médico-paciente e da possibilidade de o polo mais fragilizado ser vítima de discriminações ou prejuízos à sua saúde em função da objeção. A premissa central que se busca extrair das normativas expostas é que o médico tem o direito de expressar sua consciência individual, desde que ela não seja antagônica ao seu dever central de cuidado ao paciente.

5 CONCLUSÃO

A autonomia privada é um direito fundamental assegurado a todos os indivíduos de uma sociedade em seus diversos âmbitos, seja na relação entre médico e paciente, seja no exercício habitual das profissões humanas. Para isto, diversos institutos foram criados pelo direito para permitir que a manifestação de vontade da pessoa seja respeitada e considerada mesmo em cenários sociais complexos. Dois exemplos desses institutos são as diretivas antecipadas de vontade e a objeção de consciência. Essas categorias são grandes aliados da ordem constitucional, pois permitem que o ordenamento garanta a coexistência de uma pluralidade de personalidades cada qual com suas concepções acerca dos mais diversos temas, sejam eles políticos, morais ou religiosos, sem que nenhuma delas sejam lesadas ou oprimidas. Sem embargo, para que a sociedade brasileira possa assegurar isonomia e liberdade a todos, o direito deve, além de criar estes institutos, estabelecer limites a eles.

Nesse contexto, esse trabalho se propôs a realizar um estudo acerca da relação entre médico-paciente terminal que demonstrasse que a profissão médica não possui uma ampla expressão de autonomia em seu exercício. Isso porque lida diretamente com bem jurídicos alheios severamente protegidos (a saúde humana e indiretamente a vida), os quais automaticamente geram deveres ético-profissionais que impedem que o profissional sobreponha suas concepções pessoais sobre o dever de assistência ao paciente. Dessarte, expõe-se a máxima ética de respeito à autonomia do paciente e limites que devem ser considerados pelo profissional para um exercício responsável e adequado das objeções de consciência médica. Estes limites, quando respeitados, impedem que nesta relação, o conflito de opiniões acerca do tratamento médico se torne um conflito de direitos. Mais que isso, busca-se esclarecer que quando a objeção de consciência médica se torna um obstáculo ao cumprimento de diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal, ela estará sendo exercida inadequadamente. Os deveres profissionais estabelecidos pelo Código de Ética Médica foram construídos de modo a impedir que a objeção médica impeça o paciente de optar e receber a ortotanásia, pois é um tratamento juridicamente permitido.

Portanto, é possível concluir que tanto o direito brasileiro como as diretrizes internacionais defendem que os tratamentos médicos assegurem tanto a autonomia do paciente como do médico. Mas ao mesmo tempo, essas normativas são capazes de observar que existe uma vulnerabilidade do enfermo frente à autoridade e conhecimento técnico do profissional, causando um descompasso nessa relação. Em razão desse desequilíbrio, as regras nacionais e internacionais valorizam limites que garantam a centralidade do dever da

medicina de cuidado ao paciente, o que evita a transformação da autonomia profissional em um instrumento de imposição de crenças individuais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. P. de; ANDRADE, L. H. C.; AZEVEDO, L. A. de; NEVES, N. M. B. C.; SANTOS, D. A.; SILVA, F. F. da. **Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de um caso paradigmático**. [S.l.]: Scielo Brasil, Revista Bioética 22 (2), ago. 2014. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/8P3RgNfQpDGLRJVs44sFJMC/?lang=pt>>. Acesso em: dez. 2022.

ASCENSÃO, J. de O. **As disposições antecipadas de vontade** – O chamado “testamento vital”. Belo Horizonte, Minas Gerais: Revista Fac. Direito UFMG, n. 64, p. 493 - 517, jan./jun. 2014.

ASSUNÇÃO, V. de S. **Diretivas antecipadas de vontade: uma análise dos limites à autonomia em função das normas penais de tutela do direito à vida**. 162 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

BARROSO, L. R.; MARTEL, L. de C. V. **A morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida**. Uberlândia, Minas Gerais: Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia v. 38, p. 235-274, 2010. Disponível em: <<https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18530/9930>>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. **Código Civil de 2002**. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510/0 DF**. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 29 mai. 2008. Coordenadoria de análise de jurisprudência. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>>. Acesso em: fev. 2023

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível nº 595000373**. Relator: Sérgio Gischkow Pereira. Sexta Câmara Cível. Porto Alegre, RS, 28 mar. 1995. Jurisprudência TJRS. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal%20de%20Justi%C3%A7a%20do%20RS&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=&num_processo=595000373&codEmenta=7706337&temIntTeor=true>. Acesso em: fev. 2023

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: dez. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.842 de 2013**. Brasília/DF: Presidente da República, 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CHAVKIN W. LEITMAN, L. POLIN, K. **A objeção de consciência e a recusa em prestar cuidados em saúde reprodutiva:** Um Relatório que examina a prevalência, suas consequências à saúde e as respostas normativas. Global Doctors for choice. [S.l.: s.n.], 200?]. Disponível em: <<https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/GDC-Brasil-Publica%C3%A7%C3%A3o-sobre-Obje%C3%A7%C3%A3o-de-Consci%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em: fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. **Código de Ética Médica.** 2019a. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.CFM. **Resolução CFM nº 1.995/2012.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>> . Acesso em: jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.CFM. **Resolução CFM Nº 2.232/2019.** 2019b. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CORREA, A. E. **Consentimento Livre e Esclarecido:** o corpo objeto de relações jurídicas. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

CORRÊA, A. E. **Diretivas Antecipadas de vontade:** validade e eficácia das decisões para o fim da vida. União da Vitória, Paraná: Revista Meditatio de Ciências Sociais e Aplicadas, a. 2, v. 3, nov. 2015.

COSTA, A. P. C. de A.; MASCARENHAS, I. de L.; MATOS, A. C. H. da. **Direito médico à objeção de consciência e a recusa em realizar procedimentos de reprodução assistida em casais homossexuais:** a discriminação travestida de direito. Rio de Janeiro: Civilistica.com., a. 10, n. 2., 2021. Disponível em: <<http://civilistica.com/direito-medico-a-objecao-de-consciencia/>>. Acesso em: 15 jan. 2023.

DADALTO, L. **Testamento Vital.** 6ª ed. Indaiatuba, São Paulo: Editora Foco, 2022

GOMES, P. A. **Diretivas de vontade em uma unidade de emergência.** 46 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Setor de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

GUTIERREZ, P. L. **O que é o paciente terminal?** À Beira do Leito. [S.l.]: Scielo Brasil, Associação Médica Brasileira. 47 (2), jun. 2001. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Lc5MYWZHRMb8vGpRWWdx3qF/?lang=pt#:~:text=%C3%89%20quando%20se%20esgotam%20as,se%20consiga%20reverter%20este%20caminha%20>>. Acesso em: dez. 2022.

HOGEMANN, E. R.; PAULA, L. P. de. **Objecção de Consciência Médica e Liberdade de escolha do paciente terminal no direito brasileiro:** como solucionar o conflito de dois lados da mesma moeda? [S.l.]: Editorial Juruá, Revista internacional Consinter de direito, v.10, 2020. Disponível em: <<https://revistaconsinter.com/revistas/ano-vi-numero-x/capitulo-03-direito-privado/objecao-de-consciencia-medica-e-liberdade-de-escolha-do-paciente-terminal->

no-direito-brasileiro-como-solucionar-o-conflito-de-dois-lados-da-mesma-moeda/>. Acesso em: 10 jan. 2023

MABTUM, M. M.; MARCHETTO, P. B. **Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico.** O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade. 1.ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. Disponível em: http://objdigital.bn.br/acervo_digital/livros_eletronicos/unesp/bndigital0200.pdf. Acesso em: jan. 2023.

MENDOZA, F. F. **La objeción de conciencia en derecho penal.** Granada: Editorial Comares, 2001.

MINAHIM, M. A. **A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações.** Brasília: Cad. Ibero-americano, v. 9(1), jan./mar. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.601>>. Acesso em: jan. 2023.

MOREIRA, A. O. **Plenitude Da Existência e a Proteção Da Integralidade Da Pessoa Pelo Direito Negocial:** a função das diretivas antecipadas de vontade e dos cuidados paliativos. Londrina: [s.n], 2021. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000235240>>. Acesso em: jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.** [S.l.: s.n.], 1966. Disponível em: <https://www.cne.pt/sites/default/files/dl/2_pacto_direitos_civis_politicos.pdf>. Acesso em: fev. 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care.** [S.l.: s.n], 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primaryhealth-care/>>. Acesso em: jan. 2023.

PESSNI, L. **Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira.** Rev. Bioét., vol. 12, n. 1, 2004. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/120/125>. Acesso em: fev. 2023.

PIRES, T. M. **Notas sobre a Objeção de Consciência.** Rio de Janeiro: EMERJ, v. 21, n. 3, t. 2, p. 596-616, set./dez. 2019. Disponível em https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista_v21_n3/tomo2/revista_v21_n3_tomo2_596.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

PORFIRIO, G. B. F. de F. **Liberdade de consciência: aspectos constitucionais e penais ligados à recusa ao tratamento médico.** Rio de Janeiro: Imprensa. ADV, advocacia dinâmica: seleções jurídicas, n. 1, p. 12-33, jan. 2005.

RODRIGUES JUNIOR, O. L. **Diretivas Antecipadas de vontade:** Questões jurídicas sobre seu conceito, objeto, fundamento e formalização. SILVEIRA, R. de M. J.; GOMES, M. G. de M. (org.) Estudos em homenagem a Ivette Senise Ferreira. São Paulo: LiberArs, 2015.

ROSAS, C. F. **Principais questões sobre o aborto legal.** [S.l.]: Fiocruz, 2019. Disponível em <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/>>. Acesso em: jan. 2023.

SÁ, M. de F. F. de; TEIXEIRA, A. C.B. **Responsabilidade médica e objeção de consciência religiosa.** [S.l.]: Revista Trimestral de Direito Civil, v. 6, n. 21, p. 121-139, jan./mar. 2005.

SOARES, F. R. **Consentimento do paciente no direito médico: validade interpretação e responsabilidade.** Responsabilidade Civil e medicina. 9. Ed. – Indaiatuba, São Paulo: Editora Foco, 2020.

SOARES, F. R. **Objecção de consciência médica no direito brasileiro.** Responsabilidade Civil e medicina. 9. Ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO. TRF1. **Ação Civil Pública nº 0001039-86.2013.4.01.3500**, 1ª Vara Federal de Goiânia, TRF1, Relator: Juíza Maura Moraes Tayer, em andamento.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. UNESCO. **Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos.** Paris: [s.n.], 2005.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>.

Acesso em: jan. 2023.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. WMA. **Declaration on euthanasia and physician-assisted suicide.** Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia: [s.n.], oct. 2019. Disponível em <<https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>>. Acesso em: jan. 2023.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. WMA. **Declaration of Helsinki.** Helsinki: Finland, jun.1964. Disponível em:<<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>>. Acesso em: fev. 2023

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. WMA. **Declaration of venice on end of life medical care.** Adopted by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy: oct. 1983. Revised by the 57th WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa: oct. 2006 and by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany: [s.n.], oct. 2022. Disponível em: <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice/>> Acesso em: jan. 2023.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. WHPCA. **Global Atlas of Palliative Care, 2nd Ed.** [S.l.: s.n.], 2020. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>>. Acesso em: jan. 2023.