

A RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO POR OMISSÃO DIANTE DE RECUSAS DE TRATAMENTO

Mariana Spoljaric (IC) e Flávia Siqueira Cambraia (Orientador)

Apoio: PIBIC Mackenzie

RESUMO

A finalidade do presente estudo é analisar, à luz do direito brasileiro, a legitimidade do direito do paciente à autodeterminação sobre o seu próprio corpo e a responsabilidade penal do médico que respeita à autonomia do paciente e deixa de realizar intervenções médicas indicadas para promover a saúde ou a vida. Para isso, utilizou-se metodologia indutiva, partindo-se de casos selecionados a partir de pesquisa jurisprudencial para traçar a resposta teórica ao problema. Diante do questionamento proposto, conclui-se, em primeiro momento, que a violação arbitrária do direito à autodeterminação do paciente em prol promoção da vida ou do bem-estar em geral mostra-se ilegítima. A partir daí, finalizamos com o entendimento que a adoção da figura do consentimento legitimará à atuação do médico e, o respeito à autonomia e autodeterminação do paciente, impõe ao profissional um dever de não interferência nos casos de recusa de tratamento. Assim, nos casos de observância desse critério, a posição de garante do médico é afastada e, conseqüentemente, sua eventual punibilidade por omissão imprópria e omissão de socorro.

Palavras-chave: Recusa de tratamento médico. Respeito à autonomia. Omissão imprópria e omissão de socorro.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze, in the light of Brazilian law, the legitimacy of the patient's right to self-determination about his own body and the criminal responsibility of the physician who respects the patient's autonomy and fails to carry out medical interventions indicated to promote health or life. For this, an inductive methodology was used, starting from cases selected from jurisprudential research to trace the theoretical answer to the problem. Given the proposed questioning, it is concluded, at first, that the arbitrary violation of the patient's right to self-determination in favor of the promotion of life or well-being in general proves to be illegitimate. From there, we conclude with the understanding that the adoption of the consent figure will legitimize the physician's performance, and respect for the patient's autonomy and self-determination imposes on the professional a duty of non-interference in cases of refusal of treatment. Thus, in cases of compliance with this criterion, the position of

the doctor's guarantor is removed and, consequently, its possible punishment for improper omission and omission of help.

Keywords: Refusal of medical treatment. Respect for autonomy. Omission of self-complaint and omission of help.

1. INTRODUÇÃO

O tema da recusa de tratamentos médicos costuma ser objeto de grandes controvérsias, apresentando não somente uma relevância teórica, mas também prática. Isso se deve ao fato de que os médicos e outros profissionais da saúde são confrontados com problemas jurídicos o tempo todo, pois basicamente toda intervenção médica que interfira na integridade corporal do paciente pressupõe o seu consentimento (HILGENDORF, 2019, p.25) e também o esclarecimento apropriado, com informações suficientes, para o exercício da autodeterminação do paciente. Caso isso não ocorra conforme as regras da ordem jurídica, poderá gerar uma responsabilidade para o médico.

Há, nesses casos, um conflito entre o dever de salvar vidas ou de promover o bem-estar e a saúde do paciente, de um lado, o direito do paciente à autodeterminação, de outro. Dessa forma, podemos ver que há significativa relevância dos direitos fundamentais no tema a ser abordado.

A partir daí, indaga-se: Possui o paciente o direito de recusar tratamentos, ainda que vitais? É punível a omissão do médico que respeita a vontade do paciente e não realiza a intervenção benéfica ou salvadora? Para responder a tais questionamentos, percorrer-se-á uma continuidade de argumentos sobre a legitimidade da recusa de tratamento médico pelo paciente em face do respeito à autonomia e dos direitos à autodeterminação sobre o próprio corpo, à dignidade e à liberdade, além do argumento da indisponibilidade da vida. Além disso, esclarecer os pressupostos da omissão e a constituição da *posição de garantidor* no âmbito médico.

A fim de ilustrar a importância do presente estudo e torná-lo mais didático, prosseguiremos, inicialmente, à apresentação de dois casos extraídos da jurisprudência brasileira, que se referem à recusa de tratamento realizada por pacientes plenamente capazes e maiores de 18 anos. Em seguida, discorreremos sobre os argumentos pertinentes ao assunto, como autonomia do paciente, liberdade religiosa como exercício da autonomia, além de analisar, posteriormente, a responsabilidade penal do médico por omissão imprópria nesses casos. Ao final, apresentaremos a solução dos casos propostos à luz dos resultados obtidos com a presente trabalho.

Caso 1. O paciente J, de 79 anos, está no Hospital em decorrência de um processo de necrose do pé esquerdo, resultante de uma lesão. O avanço dessa infecção gerou um emagrecimento progressivo e um quadro de anemia acentuada, trazendo um risco para a vida de J por infecção generalizada e, por isso, o médico C sugeriu a amputação do pé esquerdo de J. O paciente não consentiu e se opôs à amputação, pois a morte seria um alívio de

sofrimento. Se tratando de uma recusa de tratamento, C respeitou a autonomia do paciente J e não realizou a intervenção cirúrgica.¹

Caso 2. A paciente A, plenamente capaz, estava no Hospital com grave hemorragia digestiva e se encontrava na unidade de terapia intensiva (UTI). O médico F a comunicou que era absolutamente necessária a transfusão de sangue para salvar sua vida. A apresentou-se como Testemunha de Jeová e, conseqüentemente, recusou-se a receber sangue em razão de sua convicção religiosa. O médico F, ao invés de realizar o procedimento médico, respeitou a vontade de A. A faleceu.²

¹ Caso do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS - AC: 70054988266). O médico C buscou auxílio do Ministério Público, no sentido de fazer a cirurgia de amputação mediante autorização judicial. O TJ-RS respeitou a autonomia do paciente e não autorizou a amputação do pé de J. O paciente, conforme laudos médicos, não apresentava sinais de demência.

² Caso original: Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP - AC: 10032433420188260347). O Hospital ajuizou uma tutela de urgência a fim de realizar o procedimento de transfusão de sangue. O pedido foi deferido, em regime de plantão. A recebeu a transfusão de sangue.

2. DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

2.1. O paciente possui direito de recusar tratamentos? Uma análise do fundamento jurídico-constitucional

2.1.1. O paradigma de respeito à autonomia do paciente

A ética tradicional hipocrática, no contexto médico, dava prevalência à promoção da saúde, do bem-estar e da vida do paciente, ainda que houvesse recusa de tratamento (SIQUEIRA, 2019, p.43). Nesse contexto, o médico acerca dos tratamentos que o paciente deve fazer, uma vez que possui a competência técnica e moral para tanto, ao passo que o paciente deveria ser submetido à escolha dos médicos (CARVALHO, 2009, p.8). Portanto, geralmente a vontade do paciente era, nesse contexto, irrelevante.

Com os avanços e a necessidade de respeitar a autonomia do paciente, o arquétipo da ética hipocrática passou a ser questionado. De um lado, estava a ética paternalista, que atribuía ao médico a competência para tomada de decisões, e, do outro, a ética da autonomia, segundo a qual (SIQUEIRA, 2019, p.128) a vontade do paciente é o centro da compreensão sobre a legitimidade das intervenções médicas, atribuindo competência decisória ao paciente, o qual poderá decidir sobre o destino do seu próprio corpo.

Nesse cenário, o paciente deixa de ser um objeto de prática médica e passa a ser sujeito de direitos fundamentais. Essa visão é impulsionada pelo reconhecimento da liberdade individual e da dignidade humana à luz da autonomia, que implica reconhecer e assegurar que todas as pessoas possuem direito de realizar autonomamente suas escolhas existenciais e viver segundo sua própria concepção de uma vida digna (SIQUEIRA, 2019, p.80).

A autonomia deriva da junção dos radicais gregos “*autos*” (“si mesmo”) e “*nomos*” (“norma, lei”) e significa, em termos gerais, a determinação das próprias regras (SIQUEIRA, 2019, p.56). Nesse sentido, uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação.

Para *FEINBERG*, a autonomia possui quatro diferentes acepções, sendo elas: a capacidade para autodeterminar-se; à condição atual de atuar autonomamente a partir de determinadas virtudes; a um *ideal* de personalidade, e por fim; a um *direito* (SIQUEIRA, 2019, p.58). A primeira, envolve a capacidade como habilidade de tomar decisões racionais, ou seja, são efetivamente capazes de exercer a autonomia as pessoas que dispõem das “adequadas faculdades mentais” e que, portanto, seriam competentes para governar a si próprios³. Assim, essa capacidade será baseada nos limites da competência natural, isto é, todos os detentores de uma capacidade mínima relevante para realizar uma tarefa seriam considerados capazes.

³ Pessoas portadores de deficiências mentais e crianças são, geralmente, excluídos desta concepção.

Vale frisar que essa compreensão apenas analisa se o individuo possui ou não essa capacidade, não havendo determinação de diferentes graus de competência.

Na segunda acepção, autonomia como condição de fato, FERINBERG (1986, p.32) vincula diferentes virtudes provenientes da autodeterminação. Nesse caso, ele frisa que em “circunstâncias normais, a oportunidade está mais ou menos disponível para a maioria das pessoas; a pessoa autônoma é quem mais aproveita”⁴ (1986, p.31).

Nessa visão, o que compõe a autonomia enquanto condição, para FEINBERG, são o *autodomínio*, em que o “individuo não pertence a ninguém, nem como propriedade nem como posse”, se não a si mesmo (1986 p.32); a *individualidade*, nesse caso a pessoa autônoma possui sua própria identidade, “não é um mero reflexo de outro que não tem um senso de sua própria identidade” (1986 p.32); a *autenticidade*, refere-se a medida em que uma pessoa é autônoma, “ela não é apenas o porta-voz de outras pessoas ou forças. Em vez disso, seus gostos, opiniões, ideais, objetivos, valores e preferências são todos autenticamente seus” (1986 p.32); na *autocriação*, aquele que acomoda antigas e novas experiências afim de obter suas convicções, “uma pessoa já deve possuir pelo menos um caráter rudimentar antes de ter esperança de escolher um novo” (1986, p.33), a *autolegislação*, indivíduo fixa e segue suas próprias regras, “um homem só é obrigado a agir em conformidade com sua própria vontade” (1986, p.35), a *autenticidade moral*, o individuo possui princípios e convicções morais próprias, “são genuinamente seus, enraizados em seu próprio caráter, e não meramente herdados”, só mudará seus princípios e convicções a partir de argumentos e não por autoridades morais (1986, p.36); a *independência moral*, nesse aspecto, a independência não é diminuída perante compromissos assumidos voluntariamente com terceiros, como por exemplo, constituição de uma família, pelo menos abaixo de um limite razoável (1986, p.39) a *integridade*, o individuo é leal aos seus princípios e regras, (1986, p.41); o *autocontrole*, a pessoa age racionalmente a partir de seus valores (1986, p.40); a *autoconfiança*, ao contrário da independência moral, que o individuo só assume compromissos com terceiros se conseguir cumpri-los, “a pessoa não se liga aos outros mais do que pode ajudar” (1986 p. 42) a *iniciativa*, além de fixar seus princípios, a pessoa é capaz de colocar e idealizar novos projetos e estratégias (1986, p.43) e a *responsabilidade por si*, significando a responsabilidade perante suas decisões e condutas (1986, p.44).

Por conseguinte, o “pressuposto na concepção de autonomia como ideal é a compreensão de que todos integram uma comunidade, que define tradições e obrigações

⁴ Ademais, FEINBERG (1986, p.31) esclarece que além das situações com oportunidades iguais, o autogoverno pode depender um pouco de sorte, pois, se a pessoa não tem muita sorte, circunstâncias fora do seu controle podem destruir suas oportunidades e, portanto, variando o autogoverno.

recíprocas” (SIQUEIRA, 2019, p.62). Sendo assim, o modelo de uma pessoa autônoma possui uma autodeterminação tão completa e consistente, que, consequentemente, faz parte da comunidade. Para FEINBERG (1996, p.46), nesse ponto, a autonomia acaba sendo parcialmente ideal, uma vez que a pessoa que se autogoverna não deixará de ser autônoma por se governar mal. Nesse caso, a autonomia constituiria um elemento necessário para o modelo de caráter humano, mas poderia existir algumas falhas morais.

Por fim, na concepção de autonomia como direito soberano à autodeterminação, FEINBERG (1986, p.47) traz uma comparação entre a soberania das nações e das pessoas. Para ele, as pessoas autônomas possuem direito de autodeterminar-se, assim como um Estado soberano. Claramente que, no plano político, soberania e autonomia possuem significados diferentes, já que aquela é limitada e parcial, ao passo que esta é plena e indivisível (FEINBERG, 1986, p.47). Um Estado, de fato, não perde a sua soberania ao delegar autonomia, por exemplo, a diferentes membros que o compõem. “O conceito de soberania, assim, acaba sendo mais forte do que o de autonomia” (SIQUEIRA, 2019, p.62). Por esse motivo, que FEINBERG utiliza a *soberania pessoal* para designar essa concepção de autonomia (1986, p.48⁵).

Nessa linha de pensamento, o indivíduo é soberano nos limites da sua autonomia, assim como o Estado é soberano em seu próprio território. Dessa forma, as dimensões do território à luz das pessoas equivaleriam a dimensão corporal de cada um e, portanto, apenas o indivíduo poderia decidir o que fazer com ele.

No âmbito médico, o reconhecimento do domínio soberano da pessoa autônoma sobre o próprio corpo nos conduz à conclusão de que o tratamento não será legítimo sem o consentimento válido do paciente. Portanto, a autonomia atribui tanto um direito negativo quanto um direito positivo, pois, ao mesmo tempo em que o indivíduo pode não querer ser submetido a alguma intervenção médica, ele poderá se submeter aos tratamentos que quiser, independentemente da indicação médica, como no caso de cirurgias eletivas. Ademais (SIQUEIRA, 2019, p.63):

Em seu núcleo, a autonomia é integrada, ainda, pelo *direito de fazer escolhas e tomar suas próprias decisões*; pelo direito de decidir como viver a vida, no que se refere, ao menos a decisões existenciais e vitais, que abrangem não apenas escolhas relativas a tratamentos médicos, mas também, a projetos de vida mais amplos (como em que universidade desejo estudar, qual carreira desejo seguir, com quem pretendo me casar, se quero ou não ter filhos etc.). Partindo dos princípios de lesão e da ofensa (*harm and offense principles*), o domínio pessoa, nesta perspectiva, abarcaria *todas as decisões*

⁵ “Por causa do sentido especial atribuído à palavra “autonomia” no discurso político, prefiro tomar emprestado o termo mais forte “soberania” para o quarto sentido de “autonomia moral”; mas onde uso a palavra “autonomia” no que segue, pretendo significar simplesmente “soberania pessoal”, não algo análogo ao tipo mais fraco de “autonomia local”

autorreferenciais, que afetam direta e primariamente somente o indivíduo que decide

Outro ponto significativo na analogia de FEINBERG (1986, p.53) à soberania das nações, é que da mesma forma que o Estado que se governa mal não perde o direito de autogovernar-se, o paciente que toma decisões – supostamente – ruins sob a perspectiva do médico, não deixaria de ter o seu direito à autodeterminação. Por exemplo, nos casos elucidados na introdução, da recusa de transfusão de sangue pelo paciente A e da recusa da amputação do membro do paciente J, porque essas decisões seriam ruins na perspectiva do médico, pois as recusas levariam os pacientes à óbito e isso iria contra ao seu “dever de salvar vidas”, conforme o Conselho Federal de Medicina⁶.

Isto posto, entendemos que o respeito à autonomia possui como principal consequência o reconhecimento do direito à autodeterminação do paciente sobre o seu próprio corpo, principalmente para o plano jurídico e bioético. Portanto, a autonomia não é uma característica que qualifica a pessoa, mas sim o direito que lhe é concedido.

Além disso, precisamos evidenciar que o reconhecimento da autonomia deve ser recíproco. “Assim, da mesma forma que os terceiros devem respeitar a autonomia do indivíduo, este só poderá exercê-la enquanto não afetar a autonomia dos demais” (SIQUEIRA, 2019, p.72). Sendo assim, a esfera da autonomia de um não pode negar a esfera de autonomia dos demais, as intervenções médicas, as decisões e vontades do paciente devem afetar apenas o próprio indivíduo. Nesse sentido, GRECO (2010 apud SIQUEIRA, 2019, p.72) define que:

A autonomia não pode ser um privilégio, que autorize a prática de determinada conduta apenas a certos indivíduos; também não pode colidir com a autonomia dos demais, pois não pode preponderar em detrimento de outra; por fim, respeita a autonomia de terceiros significa que a instrumentalização ou a exploração de outras pessoas é vedada

Por fim, os fundamentos constitucionais que legitimam a perspectiva do respeito à autonomia e, conseqüentemente, o direito à autodeterminação do paciente são, a dignidade humana (artigo 1º, III, CR/1988) e a liberdade individual (artigo 5º, caput, CR/1988), conforme veremos adiante.

2.1.2. A dignidade humana como autonomia

A autonomia, como vimos, está estritamente vinculada com a dignidade humana e a liberdade individual. Apesar da autonomia não estar reconhecida expressamente na nossa

⁶ Exemplo da postura paternalista adotada pelo Conselho: Resolução no 2.232/19 do CFM: “Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente”

Constituição, “o direito à autonomia deriva inegavelmente do direito fundamental à liberdade geral de ação e se vincula ao direito ao livre desenvolvimento da personalidade, que faz parte do núcleo da dignidade de todo ser humano” (SIQUEIRA, 2019, p.75).

Se tratando de princípios fundamentais da República Federativa do Brasil, a dignidade humana está prevista no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal de 1988 e é a origem de todos os direitos fundamentais, visto que está intrinsecamente relacionada com a própria condição humana. Segundo BARROSO, “a dignidade como autonomia traduz as demandas pela manutenção e ampliação da liberdade humana, respeitados os direitos de terceiros e presentes as condições materiais e psicofísicas para o exercício da capacidade de autodeterminação” (BARROSO, 2018, p. 354).

Nessa perspectiva, prevalecerá o consentimento e o reconhecimento da individualidade de cada um, e conforme havíamos pontuado anteriormente, essas pessoas são “concebidas como seres únicos, dotados de livre arbítrio e de capacidade para fazer suas próprias escolhas” (SIQUEIRA, 2019, p.76). Ao contrário do que ocorre na perspectiva heterônoma da dignidade, em que o foco é na proteção de determinados valores sociais e no próprio bem do indivíduo, porém, aferindo critérios externos a ele. Além disso, nessa perspectiva prevalecerá o paternalismo e as escolhas individuais são limitadas, mesmo que essas não interferiam com direitos de terceiros. Nesse sentido (MORAES, 2018, p. 18):

A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos

De acordo com essa concepção, podemos ver que a autonomia e liberdade integralizam a dignidade humana, pois é “a responsabilidade de cada um por sua própria vida, pela determinação de seus valores e objetivos. Como regra geral, as decisões cruciais na vida de uma pessoa não devem ser impostas por uma vontade externa a ela” (BARROSO, 2018, p. 348). Além disso, BARROSO (2018, p. 348) ressalta que a dignidade humana “se trata de uma ideia polissêmica, que funciona, de certa maneira, como um espelho: cada uma nela projeta a sua própria imagem da dignidade”.

Sendo assim, as pessoas possuem o direito à autodeterminação, que constitui o núcleo da autonomia, de eleger seus propósitos existenciais e não sofrer qualquer tipo de discriminação por esse motivo e, conseqüentemente, o direito de assumir as responsabilidades pelas decisões tomadas. Desse modo, se esse direito for subtraído do indivíduo violará sua dignidade.

Dessa forma, o reconhecimento da autonomia na Constituição Federal, impede que o “Estado defina *prima face* uma relação de preponderância ou proceda a uma “ponderação” entre a saúde ou a vida e a liberdade, já que apenas o paciente poderá proceder à hierarquização de seus próprios valores e direitos individuais” (SIQUEIRA, 2019, p. 81), em outras palavras, apenas o paciente poderá dizer e preponderar, no caso concreto, entre a saúde, a vida ou qualquer outro valor.

2.1.3. Liberdade religiosa como exercício da autonomia

Em conformidade com o que já analisamos, autonomia e liberdade são intrínsecas, em vista disso, o presente item se presta a justificar a liberdade religiosa, em especial nas situações como o caso 2, dos que professam a fé das Testemunhas de Jeová.

A Constituição Federal de 1988 aprofundou o tratamento do tema da liberdade religiosa e a tutela amplamente, traçando inúmeras relações entre o Estado e as religiões. Nesse sentido, a ordem constitucional reconhece que há uma dimensão relevante da religião na vida das pessoas, independente da crença. Como esclarece Barroso, que ao submeter uma pessoa a práticas contrárias à sua religião é tão invasivo quanto determinar a um ateu que se ajuste a padrões religiosos. Em qualquer dos casos haverá a imposição externa de valores existenciais e a consequente violação da dignidade como autonomia (BARROSO, 2018, p.349).

Nesse sentido, violando a liberdade religiosa e a autodeterminação de ponderar seus valores e objetivos violará a dignidade, pois a liberdade é um direito fundamental e funciona como expressão nuclear da dignidade humana. Claramente essa situação contrapõe ao paternalismo, além de não ser um pensamento pacífico entre os tribunais e doutrinadores.

As testemunhas de Jeová professam que introduzir sangue no corpo pela boca ou pelas veias violaria as leis de Deus, segundo uma interpretação de determinadas passagens da Bíblia. Por essa crença, as testemunhas de Jeová se negam a receber transfusão de sangue humano mesmo em casos de emergência, em que sua vida depende exclusivamente desse tratamento. Porém, aceitam submeter-se a intervenções alternativas em que não há transfusão de sangue e que respeite suas crenças religiosas.

Em uma visão paternalista, a intervenção médica para realizar a transfusão de sangue visaria à promoção do bem-estar subjetivo da testemunha de Jeová e ignoraria a sua vontade livre e informada, limitando, assim, sua liberdade e consequentemente impondo um padrão de conduta. Nessa visão, os valores “protegidos” para tal intervenção seriam referentes às próprias tradições da sociedade, à religião ou de terceiros, e não do próprio indivíduo, como no nosso caso 2, em que o médico F visa a salvar a vida do paciente e realiza a transfusão

de sangue, pois na sua concepção ética a vida prepondera em face da autonomia e da liberdade religiosa.

Portanto, nesse nosso caso, a imposição moral do médico F – contrária a crença e valores da testemunha de jeová – para a intervenção e realização do tratamento seria um modo de preservar a vida e praticar o bem a esses indivíduos, utilizando, assim, o argumento que o direito à vida sobrepõe a liberdade religiosa.

2.1.4. A indisponibilidade da vida

Outro argumento utilizado pela doutrina e jurisprudência⁷ é a indisponibilidade da vida, em que negam a possibilidade de disposição de alguns bens jurídicos. Nesse sentido, HUNGRIA afirma que “só se pode falar, do ponto de vista penal, em bem ou interesse jurídico renunciável ou disponível, a exclusivo arbítrio do seu titular, nos estritos casos em que a própria lei penal, explícita ou implicitamente, o reconheça” (1958, p. 269). No entanto, essa concepção não se sustenta em uma sociedade livre e plural que concede ao indivíduo a autonomia sobre seu próprio corpo e destino, pois “não haveria uma “livre disponibilidade de direitos” penalmente tutelados e a relevância da vontade do ofendido estaria limitada àqueles crimes que exigem seu dissentimento para a consecução do tipo” (SIQUEIRA, 2019, p. 220). Desse modo, deve o Estado garantir a sua liberdade de dispor dos bens exclusivamente individuais para viver de acordo com suas convicções, planos e valores.

A maioria dos autores, como BITENCOURT (2016, p.150) e GRECO (2012, p.369), defende essa linha de pensamento, da absoluta intangibilidade da vida, afastando, assim, a validade do consentimento diante de certos bens jurídicos individuais e fundamentando a sua indisponibilidade. Em outras palavras, a doutrina se empenha na construção de teses que sustentem ter a vida um caráter absoluto, sendo indisponível e irrenunciável, ou seja, indo de antemão a todos os argumentos aqui apresentados. Além disso, no ordenamento jurídico brasileiro, “a proteção jurídica que o direito à vida recebe é um direito de defesa perante terceiros. Nesse ponto, pode-se dizer que o direito à vida é um direito de caráter absoluto” (CARVALHO; DUMAS, 2017, p.18), não quando se refere a bens jurídicos exclusivamente individuais.

Dessa forma, no caso 2, o paciente A ao recusar a receber a transfusão de sangue está exercendo o direito à vida em pleno sentido. A está zelando sua autonomia e liberdade de escolha de tratamento médico, em função da sua religião. Não se pode dizer que as

⁷ Ressalta-se que não há um entendimento firmado no Supremo Tribunal Federal, mas há um Recurso extraordinário (RE 1212272) em andamento que reconheceram a repercussão geral sobre o tema e deferiram a possibilidade de Amicus curiae. A última movimentação do processo foi no dia 05 de abril de 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5703626#decisoes>. Acesso em: 07 abr. 2021.

testemunhas de jeovás estão abdicando de seu direito à vida, pois optam sempre que possíveis, por tratamentos médicos alternativos, e ao exercer seu direito de escolha de um tratamento médico, está exercendo o direito à vida com dignidade, liberdade e a autonomia.

2.1.5. Limitação da liberdade de disposição da própria vida e do direito à recusa de tratamento

A limitação da liberdade de disposição da própria vida está ligada à capacidade para consentir, ou seja, se o indivíduo é capaz de exercer sua autonomia, como já discutido. O paciente deve possuir um grau mínimo de habilidade exigido para ser considerado competente para tomar - como por exemplo nos nossos casos 1 e 2 – suas próprias decisões. Por esse motivo, a capacidade aqui discutida está concretizada na compreensão das intervenções médicas e da extensão que elas trarão, além da competência para escolher o tratamento com base nas informações dadas ao paciente.

Essa compreensão das intervenções médicas deve ter como principal ponto o consentimento informado prévio, de modo que sua legitimidade depende da autorização (consentimento) concedida pelo paciente após o médico fornecer todas as informações necessárias para a tomada de uma decisão livre.

O objetivo do esclarecimento sobre o procedimento é informar o paciente sobre o provável desenvolvimento do seu estado de saúde e sobre a terapia proposta. Isso inclui fornecer informações sobre os vários métodos de tratamento, inclusive, sobre a gravidade e extensão da intervenção pretendida pelo médico (HILGENDORF, 2019, p.50). Dessa maneira, o médico precisa fornecer informações suficientes para que o paciente tenha uma decisão autodeterminada.

Vale ressaltar, que a capacidade para consentir não deve ser confundida com aquela exigida para prática dos atos da vida civil e/ou capacidade de culpabilidade. Nesse sentido SIQUEIRA (2019, p. 229):

Não há na legislação brasileira uma definição acerca dos critérios para aferir a capacidade para consentir. Na verdade, nem mesmo nos países em que o consentimento está expressamente previsto em lei, v.g. Alemanha ou Itália, costuma-se definir essa capacidade, a qual acaba sendo traçada pela doutrina e pela jurisprudência. [...] Na nossa visão, é questionável até que ponto deve haver realmente uma presunção de incapacidade com base em uma idade biológica mínima ou se, na verdade, essa competência deve ser aferida por meio de critérios referentes ao verdadeiro grau maturidade do paciente e depreendidos do caso concreto.

No que se refere ao direito à recusa de tratamento, é possível que haja um conflito de interesses entre a indicação do médico e a vontade do paciente, como nos casos aqui discutidos, da amputação e da testemunha de jeová.

Normalmente, os casos emblemáticos referentes à recusa de tratamento são situações que há uma grande probabilidade de que o paciente venha a falecer se não fizer o tratamento indicado pelo médico. A grande discussão perante isso é se o médico deve agir contra a vontade do paciente para promover sua saúde e vida, ou se o médico deve respeitar à autonomia do paciente expressada pela recusa. Nesse sentido (SIQUEIRA, 2019, p.130):

As orientações éticas que norteiam a prática da medicina brasileira, fixadas precipuamente pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde, também consagram a ética da autonomia e o consentimento informado, apesar de também admitirem certas limitações como a intervenção não consentida ou contrária à vontade do paciente nos casos em que há risco para a sua vida e a omissão de informações quando puderem causar danos ao paciente.

Assim, apesar do Conselho Federal de Medicina consagrarem a ética da autonomia e o consentimento informado, podemos citar novamente o artigo 10⁸ da Resolução nº 2.232/19 do CFM, dispondo que nos casos de “danos previsíveis à saúde do paciente” os médicos deverão adotar o tratamento indicando, independente da recusa de tratamento. Nesse sentido, podemos ver que é negado ao paciente exercer sua autonomia a qualquer momento.

Além disso, vale ressaltar os artigos 22 e 31 da Resolução n.2.217/2018⁹, em que dispõe sobre o dever do médico de obter consentimento do paciente ou o seu direito de decidir livremente sobre a execução do tratamento, porém com expressão: “salvo em caso de risco iminente de morte”. Desse modo, indagamos sobre o sentido dessa expressão. Há duas situações distintas que pode se referir: a primeira em que o paciente se encontra desacordado, que nesse caso o médico “estaria autorizado a atuar com base no consentimento presumido” (SIQUEIRA, 2019, p. 122), ou a segunda no caso do paciente estar em condições para recusar o tratamento, mas o médico atuaria mesmo assim para salvar sua vida. Nessa última, é adotada “uma noção limitada da autonomia do paciente, porquanto o seu direito de autodeterminar o que acontece com o próprio corpo apenas é reconhecido nos casos em que suas escolhas não puderem ensejar a sua morte” (SIQUEIRA, 2019, p.122).

No entanto, concluímos que essa segunda hipótese não está de acordo com o que pensamos e abordamos anteriormente, no sentido da autonomia, como dignidade humana e direito à liberdade. Portanto, o médico não poderá agir se houver a recusa de tratamento.

⁸ Resolução no 2.232/19 do CFM: “Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente”

⁹ Resolução n.2.217/2018 do CFM: “Art. 22 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” e Art. 31 Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

Assim, as exceções nesses artigos seriam, ao nosso ver, nos casos da primeira hipótese em que não há possibilidade de colher o consentimento do paciente, por exemplo, em casos de urgência.

Em vista disso, “uma justificação por consentimento presumido pressupõe que o consentimento do paciente não possa ter sido obtido ou, pelo menos, não a tempo. Além disso, o procedimento deve corresponder à presumível vontade do paciente.” (HILGENDORF, 2019, p.56). Portanto, nesses casos o médico estaria abarcado no consentimento presumido e poderia seguir com o tratamento indicado.

2.2. A responsabilidade penal do médico por omissão diante da recusa de tratamento

Após analisar as questões relevantes sobre autonomia do paciente, liberdade para dispor da própria vida e o direito à recusa de tratamento, deve-se investigar a responsabilidade do médico por sua eventual omissão, principalmente nos casos apresentados no início do trabalho.

2.2.1. A punição do médico por omissão imprópria

Quando pensamos sobre os crimes de omissão imprópria, “sabemos que a norma mandamental é dirigida a pessoas determinadas, que possuem relação especial com o bem jurídico tutelado” (MARTINELLI; DE BEM, 2020, p. 679). Nesse sentido, é imprescindível que os pressupostos de punibilidade previstos no artigo 13, §2º do Código Penal estejam preenchidos.

Em relação à responsabilidade do médico por omissão imprópria, esses pressupostos de punibilidade podem estar, especificamente, na alínea “a” ou “b” do artigo supramencionado. Primeiramente é indispensável analisar se o médico, nas circunstâncias específicas do caso, possui um dever de proteção em relação ao paciente, e, posteriormente, as possibilidades de ação desse médico.

Em relação a constituição da posição de garantidor no âmbito médico, conforme KAUFMANN (2006, p.298), podemos dividir em garantidor de proteção de um bem jurídico e garantidor de vigilância sobre fontes de perigo. Para isso, seguiremos com fundamento material originalmente desenvolvido por SCHUNEMANN (2009 apud ESTELLITA, 2020, p.198):

Pode-se dizer que o fundamento material da posição de garantidor de proteção é a custódia sobre o *desemprego* do bem jurídico. Casos clássicos são os dois pais com relação aos filhos menores, os membros de comunidades de vida ou de perigo, o da babá com relação à criança e, claro, o do médico com relação a seu paciente. Os garantidores de vigilância, por sua vez, têm o dever de vigiar e conter perigos oriundos de uma fonte de perigo que está sob seu controle, sendo que sua responsabilidade decorre do uso da sua liberdade de organizar a sua vida como bem entender

(autonomia individual) desde que respeitadas as esferas alheias (também de autonomia). Casos clássicos são o dono do cão feroz, o do proprietário de uma arma de fogo, o dos dirigentes de empresas quanto a perigos dela oriundos etc.

Assim, nos casos da relação do médico com o paciente, normalmente encaixa em uma situação de “desemparo parcial envolvendo os bens jurídicos vida ou integridade física” (ESTELLITA, 2020, p.198) do paciente. Sendo assim, será a posição de garantidor de proteção. Conforme ESTELLITA (2020, p.198), a relação de dependência que se estabelece “está baseada vulnerabilidade ou desemparo do paciente, que encarrega o “garantidor de tomar as medidas de proteção necessárias”, e, em razão dessa confiança deixar de adotar ulteriores medidas de proteção”.

Nesse contexto, de acordo com KASECKER (2020, p. 92), a efetiva atribuição ao médico de “um dever de agir decorre da assunção fática do tratamento, momento a partir do qual ele se torna garante do paciente, e com isso, avoca a responsabilidade de impedir a ocorrência do resultado danoso”. Nesse momento, o médico ao assumir determinado tratamento desperta confiança do paciente, que, espera devida proteção ao se entregar para os cuidados daquele profissional. Assim, essa relação é caracterizada, portanto, por um vínculo de proteção e confiança (KASECKER, 2020, p.92). Também nessa perspectiva (ESTELLITA, 2020, p. 201):

Um de seus grandes expoentes, SCHUNEMANN, funda a posição de garantidor de proteção no domínio sobre o desemparo ou vulnerabilidade da vítima (*Herrschaft uber diese Hilfslosigkeit*). Esse desemparo pode ser derivado da própria constituição do titular do bem jurídico (*konstitutionell*), ou seja, decorrente de uma incapacidade natural de se proteger de toda forma de perigo, como é o caso de uma criança, por exemplo; ou *parcial*, isto é, um desemparo diante de certos perigos, como o caso de um paciente maior de idade, por exemplo. A essa posição de domínio pode aceder o garante tanto por um ato de acesso (...) ou por um ato de confiança do próprio titular do bem jurídico ou de um terceiro, como é o caso do paciente reativamente ao médico (...) em que é indispensável um ato de confiança que implique em uma concreta disposição.

Assim, essa confiança do paciente em relação ao médico faz com que aquele (titular do bem jurídico) “aceite expor-se a certos riscos aos quais normalmente não se exporia, ou, então, que deixe de adotar (outras) medidas de segurança justamente em função da proteção ou da custódia oferecida pelo agente, como pode suceder na relação médico-paciente” (ESTELLITA, 2020, p. 202).

Portanto, caso o médico ocupe a posição de garante e não aja para evitar o resultado, por exemplo, para eludir uma possível piora na saúde do paciente ou até mesmo o óbito, quando havia possibilidade de salvá-lo, poderá, em *prima facie*, ser responsabilizado por eventual lesão corporal ou homicídio por omissão. Vale ressaltar, que a punibilidade do profissional da saúde dependerá do resultado típico produzido e está condicionada à

comprovação do nexo causal, ou seja, é imprescindível a demonstração que com a ação do médico o resultado não teria se concretizado.

O dever de garantidor do médico, de acordo com TAVARES (2018, p. 329), “cessa apenas quando o tratamento estiver concluído ou quando o contrato se tenha desfeito por iniciativa do próprio paciente, ou quando entre o médico e paciente se tenha estabelecido uma insuperável ruptura de relacionamento”. Além disso, o autor reconhece que essa posição de garantidor cederá se houver recusa de tratamento de plantão pelo paciente ou nos casos de esse chamar outro médico. Aliás, KASECKER (2020, p.93) integraliza:

A recusa *completa* de tratamento pelo paciente afasta a posição de garante, dissolvendo, por meio desse ato de vontade, o dever de proteção anteriormente existente. No entanto, a rejeição *parcial* – ou seja, dirigida a intervenções específicas, mas não a todas as medicamente indicadas – não amove esse vínculo protetivo; ela conduz, antes à restrição do catálogo de intervenções legítimas e, conseqüentemente, à limitação dos deveres do profissional da saúde.

Nessa vereda, vale destacar que nos casos em que há uma pluralidade de tratamentos indicados pelo médico e o paciente consente apenas em alguns, o médico, a nosso ver, permanecerá ocupando a posição de garante nos tratamentos consentidos. Afinal, “tanto a recusa quanto o consentimento definem os contornos da atuação médica legítima, ora a fundamentando, ora a limitando” (KASECKER, 2020, p. 93). Entretanto, ressalta-se, que eventuais resultados típicos decorrentes dos tratamentos recusados pelo paciente, o médico não será responsabilizado por omissão imprópria, haja vista a falta de consentimento do paciente.

Diante disso, destaca-se o segundo caso, variação nº 1, mencionado no início do trabalho. O paciente A, plenamente capaz, Testemunha de Jeová, foi diagnosticado e informado pelo médico que a sua única alternativa seria a realização de uma transfusão de sangue. Diante da sua convicção religiosa o paciente a recusa e, conseqüentemente, o médico o respeita e não realiza a transfusão. Sem o devido tratamento, o paciente A falece. Sendo assim, seguindo a tese aqui defendida, o profissional não responderá pelo óbito do paciente A pela falta da transfusão de sangue a título de omissão imprópria, pois esse tratamento foi validamente recusado pelo paciente e afastando, então, a posição de garante. Sobretudo, não impede sua eventual responsabilização por omissão de socorro.

2.2.2. A punição do médico por omissão de socorro

Partindo de todo o exposto, a escusa da posição de garante do médico nos casos mencionados afasta a punição por omissão imprópria, mas não impede a possibilidade de punição do crime de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal.

Trata-se de um crime omissivo próprio, “que fixa para todos os cidadãos um *dever geral de solidariedade* perante pessoas em situação de desamparo ou perigo, derivado de uma responsabilidade social recíproca entre os membros da sociedade” (SIQUEIRA, 2019, p. 391).

Aqui é oportuno enfatizar que tal crime abrange todos os cidadãos e não se exige a ocorrência do resultado lesivo, ao contrário da omissão imprópria, pois há quem afirme que, o médico com conhecimentos especiais da sua profissão não poderia conter o mesmo dever que outras pessoas e, por esse motivo, não seria relevante o tipo penal de omissão de socorro para determinar sua responsabilidade (AGAPITO, 2018, p.26).

Claramente discordamos de tal posição, pois a imputação do médico por omissão imprópria, pelo artigo 13, §2º do CPB, precisa, necessariamente, de um fundamento material para a posição de garante e um dever especial de agir e, como já analisamos, nem sempre o médico ocupará tal posição. “Ademais, seria absurdo conceber que um médico que passeia com a família, depara-se com um acidente de carro e se omite responderia por homicídio – e não por omissão de socorro – simplesmente por possuir um diploma de medicina” (SIQUEIRA, 2019, p. 392).

No entanto, nesse caso, mesmo que o médico não possua o dever especial de evitar o resultado não afastaria do dever geral de solidariedade perante a sociedade a prestar socorro e será necessário preencher os seguintes requisitos: “situação típica (o paciente ao desamparo); a não realização do imperativo de agir (não prestação de assistência direta) e a capacidade concreta de ação (possibilidade de agir, sem risco pessoal)” (SIQUEIRA, 2019, p.392).

Além disso, alguns doutrinadores no Brasil, como FERREIRA (2013, p.99), defendem que mesmo que haja recusa de tratamento pelo paciente e o médico não presta a assistência direta, estaria praticando uma omissão, então estaria suscetível a punição por omissão de socorro. O argumento utilizado é aquele já explanado no presente trabalho, segundo o qual a vida se trata de um bem jurídico indisponível, então mesmo que haja recusa de tratamento o crime se consumaria.

Para resolver tal dilema, sob o ponto de vista dogmático em relação aos casos de recusa de tratamento, há duas possíveis respostas que afastam esse dever de prestar a assistência direta. A primeira solução é respaldada no critério da exigibilidade, consolidada no “conflito existente entre o dever de agir para salvar o bem e o de respeitar o direito à autodeterminação do paciente” (SIQUEIRA, 2019, p. 394). Já em relação a segunda, seria o caso de atipicidade da conduta do médico diante da omissão de socorro, pois não há de se

falar em desamparo do paciente já que ele recusou a intervenção médica. Nesse sentido, KASECKER (2020, p.95):

(...) aqui nos interessa é a situação típica do “desamparo”, que estará configurada sempre que alguém se encontrar privado de socorro ou por incapaz de obtê-lo por si mesmo. Nesse sentido, parece lógico afirmar que quando o paciente *recusa* a assistência, ele *não* está efetivamente *privado de auxílio*, tampouco é *incapaz de obtê-lo*. Afinal, nessa hipótese o paciente se encontra diante de um profissional preparado e disposto a lhe prestar a assistência necessária, mas ele simplesmente não a deseja. Nessas circunstâncias, portanto, não há que se falar em desamparo.

Por último, em relação à exigibilidade, SÁNCHEZ (2004, p.80) explica que o não consentimento do paciente afasta o dever geral de socorro, pois “não é exigido de um terceiro intervir coercitivamente para salvar aqueles que não desejam ser salvos”¹⁰. Além disso, como supramencionado, esse conflito não afasta a situação da vítima estar em uma situação típica de omissão de socorro, porém em respeito ao seu direito à autodeterminação, afastaria o dever de agir.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, cabe-nos, primeiramente, solucionar os casos propostos no início do trabalho à luz dos resultados aqui obtidos.

O nosso caso principal se refere à amputação do pé esquerdo do paciente J¹¹ em decorrência de um processo de necrose, resultante de uma lesão. O avanço dessa infecção gerou um emagrecimento progressivo e um quadro de anemia acentuada, trazendo um risco à vida de J. No entanto, o paciente J não consente e se opõe à amputação do seu pé esquerdo, preferindo morrer ao invés de viver sem um membro. Tratando-se de recusa de tratamento, o médico C não realiza a intervenção cirúrgica e respeita à autodeterminação do paciente J. A peculiaridade desse caso é que sem a amputação o paciente J viria a óbito por conta da infecção e o médico C, tendo a posição de garante por estar tratando do caso, poderia responder pela morte do paciente J a título de omissão imprópria.

No entanto, conforme explanado e com os resultados obtidos no trabalho, o paciente J, ao recusar o tratamento médico de C, caso de recusa plena de tratamento, afasta a posição de garante, dissolvendo, então, por meio desse ato de vontade, o dever de proteção anteriormente existente. Assim, não havendo dever de proteção o médico C não possui mais a posição de garante, o que concluímos que não há imputação por homicídio a título de omissão imprópria. Além disso, estendemos essa análise para a eventual responsabilidade do médico C por omissão de socorro, como vimos, o paciente J não estaria em situação de

¹⁰ Original: “Y decae por *incxigibilidad*: porque no le es exigible a un tercero intervenir coactivamente para salvar a quien no desea ser salvado”.

¹¹ Esclarece que o paciente J é plenamente capaz, sua vontade não está viciada e o médico C cumpriu com todos os requisitos de esclarecimentos médico.

desemprego, pois houve a recusa de tratamento e por conta do seu direito à autodeterminação, afastaria o critério de exigibilidade. Portanto, a conduta do médico é atípica.

Já em relação ao último caso, trata-se de uma situação clássica na jurisprudência brasileira, em que o paciente A¹² é Testemunha de Jeová e a única chance de sobrevivência é fazendo uma transfusão de sangue. Nesse caso, em razão de sua convicção religiosa, recusa o tratamento, porém o médico F não respeita a autonomia do paciente A. O médico F respeita a recusa de tratamento pelo paciente A, então afasta sua posição de garante, não possuindo qualquer dever de evitar o resultado, por conta da recusa livre do paciente. Nesse caso segue a mesma linha de pensamento do primeiro caso. A conduta do médico F é atípica.

Portanto, conforme a solução dos casos, podemos concluir com o presente trabalho, que o respeito à autonomia e autodeterminação do paciente impõe ao médico um dever de abdicar nos casos de recusa de tratamento e não realizar, de qualquer maneira, o procedimento indicado. Diante disso, finalizamos com o entendimento dogmático que não será possível, nesses casos, a imputação do médico a título de omissão imprópria, pelo motivo do não consentimento do paciente afastar a posição de garante do médico. Além disso, a conduta do médico será atípica no que se refere ao crime de omissão de socorro, já que não há nesses casos uma situação de desemprego ou exigibilidade.

REFERÊNCIAS

AGAPITO, Leonardo Simões. **Direito médico: a omissão penalmente relevante**. 2018. 95f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/154283/Agapito_LS_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso: 19/06/2021.

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

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte especial**. Vol. 2. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2016

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral**. Vol. 1. 13.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

CARVALHO, Gisele Mendes de. **Suicidio, eutanásia y Derecho penal: Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda**. Granada: Comares, 2009.

¹² Esclarece que o paciente A é plenamente capaz, sua vontade não está viciada e o médico F cumpriu com todos os requisitos de esclarecimentos médico.

CARVALHO, Gisele Mendes; DUMAS, Camila Cistina de Oliveira. **Quando o paciente diz não**: uma análise da recusa por tratamento no ordenamento jurídico brasileiro – 1.ed. Birigui, SP: Boreal Editora. 2017

Constituição da Organização Mundial da Saúde. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ESTELLITA, Heloisa. Contornos da responsabilidade omissiva imprópria dos médicos plantonistas. In: SIQUEIRA, Flávia; ESTELLITA, Heloisa. **Direito Penal da Medicina**. 1.ed. São Paulo: Marcial Pons, 2020. p.195 - 218

FEINBERG, Joel. **Harm to self**: the moral limits of criminal law. New York: Oxford University Press, 1986.

FERREIRA, Beatriz Carneiro. **Manual Prático de Bioética e Biodireito**. Rio de Janeiro: editora Livre Expressão. 2013

GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. **Promoção da saúde ou respeito à autonomia? Intervenção cirúrgica, exercício de direito e consentimento no direito penal médico**. Boletim da faculdade de direito da universidade de Coimbra (Estudos em homenagem ao prof. Doutor Manuel de Costa Andrade), Coimbra, vol. 1, p. 643-665, 2017.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: Parte Geral. 14.ed. Niterói: Impetrus, 2012.

HILGENDORF, Eric. **Introdução ao direito penal da medicina**. Tradução Orlandino Gleizer. – 1.ed. – São Paulo: Marcial Pons, 2019.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Direito Penal**. Vol. 1, tomo II. 4. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1958.

KASECKER, Izabele. A responsabilidade penal do médico por omissão diante da recusa de tratamento pelo paciente menor de idade ou por seu representante legal. In: SIQUEIRA, Flávia; ESTELLITA, Heloisa. **Direito Penal da Medicina**. 1.ed. São Paulo: Marcial Pons, 2020. P. 79 – 99.

MARTINELLI, João Paulo Orsini; BEM, Leonardo Schimitti de. **Direito Penal parte geral**: lições fundamentais. 5. ed., 1 reimp. – Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2020.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 34.ed. São Paulo: Atlas, 2018

SÁNCHEZ, Jesús-María Silva. **Estudios sobre los Delitos de Omisión**. 1.ed. Editora Jurídica Grijley, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. **As dimensões da dignidade da pessoa humana**: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. Revista Brasileira de Direito Constitucional, v.9, p. 361-388, 2007.

SIQUEIRA, Flávia. **Autonomia, consentimento e direito penal da medicina**. 1.ed. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

TAVARES, Juarez. **Teoria dos crimes omissivos**. 1.ed. – São Paulo: Marcial Pons, 2018.

Contatos: spoljaricmariana@gmail.com e flavia.cambraia@mackenzie.br