



## Artigo

# A Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina e as decisões do Supremo Tribunal Federal sobre recusa transfusional: recusa terapêutica, objeção de consciência e a atuação da Defensoria Pública em defesa do grupo afetado

Resolution No. 2.232/2019 of the Federal Council of Medicine and the decisions of the Federal Supreme Court regarding transfusion refusal: therapeutic refusal, conscientious objection and the work of the Public Defender's Office in defense of the affected group

Resolución n.º 2.232/2019 del Consejo Federal de Medicina y las decisiones del Supremo Tribunal Federal sobre la negativa a la transfusión: negativa terapéutica, objeción de conciencia y la actuación de la Defensoría Pública en la defensa del grupo afectado

### Maria Elisa Villas-Bôas<sup>1</sup>

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.  
Defensoria Pública Federal, Salvador, BA.

 <https://orcid.org/0000-0003-1658-2685>

 [mariaelisavb@gmail.com](mailto:mariaelisavb@gmail.com)

## Resumo

**Objetivo:** avaliar a disciplina da recusa transfusional por razões religiosas, reconhecida em recentes decisões do Supremo Tribunal Federal e objeto da Resolução nº 2.232/19 do Conselho Federal de Medicina. **Metodologia:** análise expositiva crítica da norma deontológica, em face da nova jurisprudência sobre o tema e sua repercussão no direito à saúde. O estudo foi desenvolvido mediante pesquisa normativa, jurisprudencial e bibliográfica, partindo da evolução histórica no âmbito ético-profissional e seu cotejo com o posicionamento jurisprudencial recente. Culmina em avaliação exploratória acerca de como o *decisum* repercute no acesso à saúde dos afetados pelas aludidas normas, o que provocou a atuação administrativa da Defensoria Pública quanto à proteção efetiva à saúde desse grupo. **Resultados:** a Resolução nº 2.232/19 surgiu com o escopo de estabelecer “normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente”, após o início da discussão jurisprudencial sobre o tema, e cujo conteúdo, ao abordar simultaneamente aspectos ético-jurídicos variados, ensejou diversas dúvidas, ora discutidas. Constatou-se que a Resolução se mostrava pertinente, inclusive para retificar posicionamentos anteriores do Conselho, que vinham sendo questionados juridicamente. Porém, o modo como é delineada a norma terminou ensejando aparente conflito entre as autonomias do médico e do paciente. Em face do julgamento dos Recursos Extraordinários nº 979.742 e nº 1.212.272 pelo STF, chancelando o direito de recusa transfusional, propuseram-se sugestões concernentes à disciplina e prática do tema, como formulações normativas e hermenêuticas, destacando-se, ainda, a necessária oferta de recursos terapêuticos alternativos. **Conclusão:** destaca-se a necessária harmonização normativa e prática acerca da recusa transfusional e sua repercussão no exercício da autonomia, inclusive em decisões de fim de vida, no ordenamento jurídico pátrio.

**Palavras-chave:** Objeção de Consciência; Transfusão Sanguínea; Autonomia Pessoal; Autonomia Profissional; Saúde Pública.

<sup>1</sup> Pós-doutora em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, Brasil. Professora Associada, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Defensora pública, Defensoria Pública Federal, Salvador, BA, Brasil.



## Abstract

**Objective:** to evaluate the regulation of transfusion refusal for religious reasons, as recognized in recent decisions of the Federal Supreme Court and addressed in Resolution No. 2.232/2019 of the Federal Council of Medicine. **Methodology:** a critical expository analysis of the deontological norm, in light of current jurisprudence on the subject and its impact on the right to health. The study was conducted through normative, jurisprudential, and bibliographic research, based on the historical development within the ethical-professional field and its comparison with recent jurisprudential positions. It culminates in an exploratory assessment of how the decision affects access to health for individuals impacted by the aforementioned norms, which have prompted administrative action by the Public Defender's Office in ensuring the effective protection of this group's health. **Results:** Resolution No. 2.232/2019 was enacted with the aim of establishing "ethical standards for therapeutic refusal by patients and conscientious objection in the physician-patient relationship," following the emergence of jurisprudential debate on the issue. Its content, by simultaneously addressing multiple ethical and legal aspects, raised several issues that are currently under discussion. It was found to be relevant, including for revising previous positions of the Council that had been subject to legal challenge. However, the manner in which the norm was structured gave rise to an apparent conflict between the autonomy of the physician and that of the patient. In light of the decisions rendered in Extraordinary Appeals No. 979.742 and No. 1.212,272 by the Federal Supreme Court, which upheld the right to refuse blood transfusions, proposals were advanced concerning the regulation and practice of the issue, including normative and interpretative approaches, as well as the need to ensure the availability of alternative therapeutic options. **Conclusion:** This study highlights the need for normative and practical harmonization regarding transfusion refusal and its implications for the exercise of autonomy, including in end-of-life decisions, within the national legal framework.

**Keywords:** Conscientious Objection; Blood Transfusion; Personal Autonomy; Professional autonomy; Public Health.

## Resumen

**Objetivo:** evaluar la disciplina de la negativa transfusional por razones religiosas, reconocida en recientes decisiones del Supremo Tribunal Federal y objeto de la Resolución n.º 2.232/2019 del Consejo Federal de Medicina. **Metodología:** análisis expositivo crítico de la norma deontológica, en función de la jurisprudencia actual sobre el tema y su repercusión en el derecho a la salud. El estudio se desarrolló mediante investigación normativa, jurisprudencial y bibliográfica, partiendo de la evolución histórica en el ámbito ético-profesional y su comparación con la posición jurisprudencial reciente. Culmina en una evaluación exploratoria sobre cómo el *decisum* repercute en el acceso a la salud de los afectados por las mencionadas normas, que han motivado la actuación administrativa de la Defensoría Pública en la protección efectiva de la salud de este grupo. **Resultados:** la Resolución n.º 2.232/2019 surgió con el objetivo de establecer "normas éticas para la negativa terapéutica por parte de los pacientes y la objeción de conciencia en la relación médico-paciente", tras el inicio de la discusión jurisprudencial sobre el tema. Su contenido, al abordar simultáneamente diversos aspectos ético-jurídicos, generó dudas que actualmente se encuentran en debate. Se constató que ello resultaba pertinente, incluso para rectificar posturas anteriores del Consejo que habían sido cuestionadas jurídicamente. Sin embargo, la forma en que se delineó la norma terminó generando un aparente conflicto entre la autonomía del médico y la del paciente. A la luz de la decisión jurisprudencial dictada en los Recursos Extraordinarios n.º 979.742 y n.º 1.212.272 por el STF, que ratificó el derecho a rechazar la transfusión, se propusieron sugerencias relacionadas con la regulación y la práctica del tema, tales como formulaciones normativas y hermenéuticas, destacándose además la necesaria oferta de recursos terapéuticos alternativos. **Conclusión:** este estudio destaca la necesidad de una armonización normativa y práctica sobre la negativa transfusional y su repercusión en el ejercicio de la autonomía, incluso en decisiones de fin de vida, dentro del ordenamiento jurídico nacional.

**Palabras clave:** Objeción de Conciencia; Transfusión de Sangre; Autonomía Personal; Autonomía Profesional; Salud Pública.

## Introdução

Recentemente, as decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) acerca da possibilidade de recusa a terapia sanguínea por razões religiosas vieram contribuir para sanar um grave hiato que acometia a prestação sanitária e a relação profissional-paciente, no tocante a esse tema, e gerava múltiplas dúvidas e inseguranças de parte a parte, como evidenciam as ações judiciais infra referidas.

A esse respeito, o mais recente parâmetro elaborado no intuito de dirimir a questão fora a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.232/19<sup>(1)</sup>, que, em sua própria dicção, surgiu com o escopo de estabelecer “normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente”. Tal medida se mostrava pertinente, inclusive para retificar e atualizar posicionamentos anteriores e específicos do ente, os quais já datavam de quase quatro décadas e vinham sendo questionados juridicamente.

Ao fazê-lo, todavia, terminou abordando, em instrumento normativo único e de pretensão mais genérica, não apenas a autonomia do paciente, em sua particular objeção de consciência por razão religiosa, mas, também, confundiu os limites disso com a questão da autonomia profissional, em sua própria objeção de consciência sobre outros temas. Por fim, incluiu-se, ainda, um terceiro elemento conceitual de natureza jurídica, – é dizer, a menção ao “abuso de direito” –, de modo pouco técnico, resultando em norma que terminou por ensejar mais dúvidas que esclarecimentos, como se verá.

A discussão da atual norma deontológica, que poderia ter dirimido essas questões e favorecido um maior amadurecimento e eventual revisão precoce pelo Conselho, o que já ocorrera na produção de documentos normativos anteriores, foi deixada de lado, de certo modo, com pouco mais de seis meses de sua existência e já objeto de dois questionamentos judiciais, em face das demandas urgentes da pandemia de covid-19. Diante disso, chegou ao momento atual, seis anos depois, com os questionamentos estruturais que ora se analisam.

Assinale-se que o conteúdo da Resolução parece se chocar, ainda, com disciplinas já estabelecidas pela própria autarquia federal e reconhecidas jurisprudencialmente, notadamente no que toca aos limites da autonomia pessoal e da recusa terapêutica em casos de terminalidade e fim de vida.

O presente texto procura analisar a disciplina deontológica do tema e sugerir possibilidades de ajuste, à luz dos novos entendimentos jurisprudenciais, no intuito de aprimorar a disciplina ética e jurídica da questão no país. O escopo da busca é uma relação profissional-paciente mais harmoniosa, a garantia ao direito constitucional à liberdade religiosa e a proteção efetiva à saúde, inclusive de grupos mais vulneráveis, como os assistidos pela Defensoria.

Para isso, partiu-se de uma análise histórica da evolução normativa-deontológica do tema, focando nos aspectos hermenêuticos e de engenharia legislativa *lato sensu*, correlacionando-os com os entendimentos jurisprudenciais recentemente veiculados pela Corte Suprema do país, nos julgados dos Recursos Extraordinários nº 979.742 e nº 1.212.272, decididos em 25 de setembro de 2024<sup>(2)</sup> e sua repercussão sobre a saúde pública, a demandar a atuação da Defensoria Pública, em favor da população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) e seguidora dos Testemunhas de Jeová, em sua liberdade de exercício religioso.

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar a disciplina da possibilidade de recusa transfusional por razões religiosas, reconhecida nas citadas decisões do STF e objeto da Resolução nº

2.232/19 do CFM, e discutir as dúvidas que o conteúdo dessa norma, ao abordar simultaneamente aspectos ético-jurídicos variados, ensejou. Ademais, além dos aspectos hermenêuticos e de revisão considerada necessária para o esclarecimento da disciplina da matéria, questões práticas também preocupam a Defensoria Pública, em especial quanto à proteção efetiva à saúde desse grupo e a garantia à liberdade religiosa reconhecida, levando às sugestões abordadas no texto.

## Metodologia

Trata-se de análise expositiva crítica da norma deontológica, mais precisamente da Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina e sua evolução, no tocante à disciplina da possibilidade de recusa terapêutica, inclusive transfusional, em face da jurisprudência atual sobre o tema, e sua repercussão no direito à saúde<sup>(3)</sup>.

O estudo foi desenvolvido mediante pesquisa normativa, jurisprudencial e bibliográfica, partindo da evolução histórica do tema no âmbito ético-profissional e seu cotejo com o posicionamento jurisprudencial recente.

O problema abordado consistiu em questionar como conciliar a autonomia do paciente que recusa transfusão por motivos religiosos com a autonomia profissional do médico e com as normas ético-jurídicas vigentes (notadamente a Resolução CFM nº 2.232/2019)<sup>(1)</sup>, especialmente diante da recente jurisprudência do Supremo Tribunal Federal<sup>(2)</sup>, assegurando a efetividade do direito à saúde dos recusantes.

Culmina em avaliação exploratória acerca de como o *decisum* repercute no acesso à saúde dos afetados pelas aludidas normas, objeto da atuação administrativa da Defensoria Pública, além de cuidados e mudanças que poderiam ser sugeridos, no intuito de aprimorar a proteção aos direitos envolvidos.

## Resultados e discussão

### *A Resolução CFM nº 2.232/19 e sua contextualização histórico-cultural e ético-jurídica: a recusa de tratamento e as Testemunhas de Jeová*

A Resolução nº 2.232 do CFM, publicada em 17 de julho de 2019, surgiu, ao que tudo indica, com o benfazejo propósito de corrigir interpretação, presunção e equiparação anteriores do próprio ente, no tocante à recusa transfusional por razões religiosas, as quais já se alongavam há quase quatro décadas, motivando, inclusive, os questionamentos judiciais que levaram aos atuais acórdãos.

Objetivou disciplinar, ainda, uma demanda que também se via atual e necessária, no tocante à possibilidade de recusa terapêutica geral, de sorte a regulamentar a previsão admitida tanto hermenêuticamente, pela sistemática do ordenamento jurídico, quanto expressamente, no art. 15 do Código Civil de 2002, o qual, todavia, não detalhara seu cabimento, sobretudo nas situações em que vida e morte se aproximam de forma inexorável. Nesse contexto, o documento veio na sequência de Resoluções bastante elucidativas do ente (em que se destacam as Resoluções nº 1.805/2006<sup>(4)</sup> e a nº 1.995/2012<sup>(5)</sup>, esta última citada nos “considerandos” na norma ora em exame), que lapidaram a visão social da autonomia do paciente desde o início do século XXI no país<sup>(6)</sup>.

Ao incluir, todavia, no mesmo documento, a disciplina de outra questão ética também desafiadora e nem sempre associada à recusa terapêutica nos casos concretos – qual seja, as situações

de escusa de consciência pelo médico –, terminou por gerar mais dúvidas do que as que procurava sanar<sup>(7)</sup>.

Em análise inicial, a Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina parece ter nascido com o propósito de revogar, não a destempo, a Resolução CFM nº 1.021/80<sup>(8)</sup>, cuja interpretação situava a recusa à transfusão sanguínea como tentativa de suicídio, concluindo, de forma assertiva, que: “1º - Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis. 2º - Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis”<sup>(8)</sup>. Veja-se que o texto não fazia distinção entre a conduta “sem consentimento” daquela praticada “contra o franco dissentimento” do enfermo.

Em face disso, a normativa de 1980 motivou, quase meio século depois, a Arguição de Preceito Fundamental – ADPF nº 618/19<sup>(9)</sup>, movida pela Procuradoria Geral da República, em semelhante sentido ao do RE nº 1.212.272/19, também com parecer do órgão ministerial – no sentido da possibilidade de recusa à terapia sanguínea por motivo religioso, como aspecto da dignidade humana<sup>(10)</sup>. Na referida ADPF, foi defendida a inconstitucionalidade do entendimento então veiculado, o qual compelia à transfusão, mesmo contra a vontade do paciente, e afastava o constrangimento ilegal, ao fundamento do permissivo do art. 146, § 3.º, I e II, do Código Penal, sendo esse último inciso referente à “coação exercida para impedir suicídio”.

A revogação administrativa da orientação deontológica, sem a menção a esse último inciso na Resolução atual, foi precisa na medida em que o indivíduo testemunha de Jeová que recusa a transfusão não deseja, via de regra, morrer – tanto que procurou assistência médica contra isso. Ele refuta, entretanto, submeter-se a determinada terapêutica, que lhe soa absolutamente incompatível com seus valores religiosos, também constitucionalmente salvaguardados, e mais gravosa, dentro de sua hierarquia moral, do que eventual morte decorrente de sua enfermidade.

A questão se dirige, assim, aos limites da recusa terapêutica e à obrigatoriedade ou não de submeter-se a tratamento, quando existe risco para a vida, mas, outrossim, à compatibilização disso com a liberdade religiosa como lastro de autonomia.

A recusa à terapêutica hematológica não autóloga pelos seguidores da religião representava uma das situações mais angustiantes e indefinidas, sob o prisma da segurança jurídica, no âmbito da relação médico-paciente no país. Isso porque se trata de negativa do paciente ou de sua família a terapia reputada simples e quase corriqueira, que não deixa marcas externas, com capacidade de reverter quadro agudo de risco de morte e em que a recusa se dá por razão subjetiva de uma minoria populacional. Agravava-se com o fato de inexistir, até então, disciplina específica clara ou posicionamento pacífico acerca da resposta devida no país, quer no âmbito legal, quer judicial. Configurava, portanto, situação de conflito de direitos fundamentais, a serem ponderados, não raro em contexto de muita tensão no caso concreto.

Nessa senda, a Resolução revogada era a norma mais direta que se tinha acerca do tema, ao interpretar uma norma penal vigente e determinar que a terapêutica deveria ser ministrada, mesmo em face da recusa do paciente. Fundamentava-se, assim, na proteção à vida de forma absoluta, em detrimento da liberdade religiosa em conflito. Tal posicionamento, em tese, a despeito das ressalvas a serem feitas a seu teor, amparava o profissional, ao direcionar a conduta e compelir ao procedimento, mesmo contra a expressa negativa do paciente ou de seu representante.

Deve-se recordar, todavia, que a Resolução, elaborada antes mesmo da Constituição Federal vigente, poderia, de fato, ser passível de questionamento jurídico-constitucional, como de fato o foi, ao fundamento de não ter o poder de impor condutas que a lei mesma não determine (Art. 5º, II, CF/88: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”), sendo que inexistia lei específica que obrigasse a submissão a terapia não compulsória<sup>(11)</sup>, reputada moralmente inaceitável pelo paciente.

Cuida-se, portanto, de ponderação entre valores e direitos fundamentais (obrigatoriedade de submissão a tratamentos potencialmente salvadores *versus* liberdade de recusa a tratamento reputado ofensivo à própria integridade física ou moral), em sua tessitura principiológica<sup>(12)</sup>, que não se poderia resolver em termos de *all or nothing*. Outrossim, a norma acabava impondo conduta, inclusive a pacientes não médicos, mediante dispositivo deontológico infralegal.

Ao revés do quanto sustentado na norma deontológica, emitida ainda em época de regime autoritário, a interpretação sistemática e teleológica do ordenamento atual fala em favor da ideia de que a transfusão de sangue consiste em terapia invasiva e opcional, passível de recusa, ainda quando se proponha curativa. É o que se depreende da Lei nº 8.213/1991, com redação ratificada, no particular, pela Lei nº 14.441/2022, a saber:

Art. 101. O segurado em gozo de auxílio por incapacidade temporária, auxílio-acidente ou aposentadoria por incapacidade permanente e o pensionista inválido, cujos benefícios tenham sido concedidos judicial ou administrativamente, estão obrigados, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a:

- I - exame médico a cargo da Previdência Social para avaliação das condições que ensejaram sua concessão ou manutenção;
- II - processo de reabilitação profissional prescrito e custeado pela Previdência Social;
- e
- III - tratamento oferecido gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos. (grifou-se)<sup>(13)</sup>

Entendimento diverso, sobretudo em situações que trazem em si riscos próprios e incerteza do resultado, pareceria aproximar-nos de visão histórica, hoje considerada violenta e anacrônica, como a reportada por Jean Louis Foure, em sua “A Alma do Cirurgião”, de 1929:

Eu penso que há até o direito de se operar sempre, até contra a vontade do doente. Penso e tenho-o feito. Nestas conjunturas, a vontade do cirurgião deve prevalecer sobre a vontade do enfermo que, por ignorância, não pode apreciar a gravidade de sua recusa. Basta proceder às claras e em frente de testemunhas. Por duas vezes no hospital fiz adormecer doentes contra a sua vontade, mantidos à força por seus vizinhos válidos. Operei-os e salvei-os<sup>(14)</sup>.

A situação choca, especialmente, quando a manifestação não se deve a erro ou desconhecimento, mas à expressão consciente de pessoas capazes, esclarecidas, e que se veem sumariamente inauditas, desconsideradas em sua vontade e presumidas impotentes, pelo fato de estarem em uma unidade de saúde.

Assinale-se também que a recusa a se submeter a determinado tratamento (seja a transfusão, procedimento cirúrgico ou internamento em UTI) evoca, primeiramente, a disponibilidade da terapia, em face de condições reais, econômicas, sociais e estruturais. Isso porque, como de profuso

conhecimento pela Defensoria Pública, travam-se intensas batalhas, inclusive judiciais, na busca a recursos necessários e desejados, nem sempre disponíveis a quem deles necessita. Não há, então, como considerar insuscetível de recusa tratamento que nem sempre está acessível a todos que o desejam e dele precisam, como se vê na luta empreendida por uma vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, quando insuficientes as disponíveis em unidades públicas.

Há, ainda, o fator de que qualquer terapêutica importa riscos próprios, que podem não ser desejadamente assumidos pelo paciente. No caso da transfusão sanguínea, embora medida frequente e geralmente não iatrogênica, releva observar que, mesmo sob o prisma científico, não é medida de todo isenta de riscos. Pode ensejar, por exemplo, a contaminação por patógenos de transmissibilidade sanguínea – mesmo se feitos corretamente todos os testes –, em virtude das chamadas janelas imunológicas (períodos nos quais os agentes patogênicos, embora presentes, ainda não são detectáveis)<sup>(15)</sup>.

Tal consideração é pertinente, na medida em que, a despeito da liberdade religiosa reconhecida constitucionalmente, é fato que, nos tempos modernos, nos quais o conhecimento científico que data da formulação positivista ocupa espaço destacado no âmbito do reconhecimento e valorização sociais, o argumento de risco biológico pode ser mais bem aceito do que aquele embasado na crença religiosa. Assim, pode ensejar recusa até mais facilmente considerada do que aquela calcada em aspectos morais, por mais estruturantes que possam ser para o indivíduo.

De efeito, o conhecimento humano passou por uma série de etapas históricas: fase mítica/religiosa, fase metafísica/filosófica, fase empírica/científica, cujo início foi marcado sobretudo pelo Positivismo<sup>(16)</sup>. Tais visões de mundo perpassam por paradigmas ideológicos, entendida a ideologia, na dicção de Tércio Sampaio Ferraz Júnior<sup>(17)</sup>, como uma “hierarquia de valores”, dentro da escala social de cada época, contexto e lugar, ainda que, no auge do Positivismo, tenha-se tentado expurgar do Direito a discussão axiológica e moral.

A discussão acerca da autonomia, que caminha *pari passu* com a reincorporação dos princípios no espaço epistemológico do Direito, reclama um posicionamento consentâneo com a hierarquia de valores do paciente, visto não mais de forma passiva, mas como cidadão, titular, sujeito e, no mínimo, coprotagonista de seu tratamento. A atuação médica, por sua vez, cada vez mais frequente alvo de questionamentos judiciais, também reclama por segurança jurídica e deontológica em sua prestação.

A Resolução atual, ora em análise, embora pareça ter sido motivada por essa demanda, em resposta ao questionamento jurídico de constitucionalidade da norma anterior – o qual perdeu o objeto justamente com a elaboração da norma atual e revogação do ato normativo questionado – não foi clara em nenhum dos dois pontos. Não sanou a dúvida hermenêutica acerca da possibilidade ou não de recusa à transfusão sanguínea – ou a outro tratamento, em quadro não terminal<sup>(18)</sup>, nem esclareceu como o médico deve agir nesse contexto, ante o franco dissentimento de paciente maior e capaz a determinada terapêutica, sob pena de ser responsabilizado civil ou mesmo penalmente por qualquer das abordagens.

A norma em exame parece oscilar entre os caminhos possíveis, dificultando, em lugar de auxiliar, a interpretação sistemática. Embora seus artigos iniciais pendam em favor da autonomia (vide artigos 1º e 2º)<sup>(1)</sup>, apenas ponderando as questões da capacidade jurídica (vide artigos 3º e 4º)<sup>(1)</sup> e do denominado abuso de direito (artigos 5º e 6º)<sup>(1)</sup>, notadamente quando envolve risco a terceiros, as ressalvas subseqüentes sugerem tender no mesmo sentido da norma anterior revogada: pró compulsoriedade do tratamento.

Nesse aspecto, apenas afastou o argumento da coerção para impedir suicídio, remetendo-se à proteção geral, quando a vida se acha em risco, conforme o art. 146, § 3.º, I (desta feita sem o inciso II), do Código Penal, que “exclui a tipicidade da conduta nos casos de intervenção médica sem o consentimento do paciente, se justificada por iminente perigo de morte”, expressamente referido nos “considerandos”. Resta o questionamento de se o “sem o consentimento” também alberga o “contra a franca recusa”, bem assim o que pode motivar a recusa válida, interrogação que também perpassa pela vasta discussão acerca dos tipos de consentimento<sup>(15,19,20)</sup>.

A doutrina pátria se divide, no particular, entre autores compreendidos como mais autonomistas ou mais paternalistas, segundo o peso atribuído ao dito consentimento do ofendido<sup>(21)</sup> nas condutas médicas e aos limites dessa manifestação de vontade no ordenamento. Veja-se que, no caso em espeque, a própria caracterização da “ofensa” depende de tal entendimento: estaria ela na lesão física ou mesmo morte consequente da aceitação da recusa ou na lesão moral decorrente da atuação contra esta? A jurisprudência tampouco era uníssona, o que enseja a insegurança na conduta profissional diante da recusa do paciente em receber transfusão sanguínea por razões religiosas. Cuida-se de manifestação que, dentro da previsão constitucional pátria, tem relevante fundo moral, não se confundindo com a mera desinformação, insipiência ou temores aleatórios<sup>(15)</sup>.

Naturalmente a avaliação da motivação da recusa é sempre um desafio, pela inelutável subjetividade envolvida. É tendência natural considerarem-se tanto mais válidos, razoáveis e racionais os posicionamentos que coincidam com os valores do proponente, dificultando a validação empática ou compassiva de valores diversos, os quais conduzam a decisões que o avaliador mesmo não tomaria. Quando o lastro que embasa a recusa toma aspecto de fé, portanto não verificável empiricamente, a questão da tolerância se mostra ainda mais difícil.

É importante observar, ainda, que a coleta do consentimento, sobretudo em casos sensíveis como tais, envolvendo valores morais relevantes dentro de uma comunidade, requer, além do efetivo esclarecimento, o absoluto respeito ao sigilo e à confidencialidade, como princípios éticos e deontológicos, decorrentes também dos direitos constitucionais à privacidade e à intimidade. São cuidados necessários, de sorte a se buscar asseverar que a decisão tomada seja de fato expressão da consciência do próprio indivíduo, e não de pressões ou contingências externas, em prol de uma recusa, fator que não pode ser desconsiderado e passível de interferir indevidamente na decisão expressada. Isso se mostra ainda mais preocupante em relação a pacientes especialmente vulneráveis ou vítimas de preconceitos sociais, como etarismos ou capacitismos<sup>(15)</sup>.

No caso do paciente menor, a situação se mostra relativamente mais pacífica judicialmente, na mesma linha da Resolução, ao se entender que a situação aí não é de efetiva autonomia, mas de uma autonomia por representação<sup>(22)</sup> ou consentimento por procuração (termo considerado inadequado pela Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>(23)</sup>) e, como tal, potencialmente superável pela primazia do interesse do menor<sup>(15)</sup>. Tal análise se coaduna com o quanto reconhecido constitucionalmente no art. 227, que prevê como responsabilidade simultânea “da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde”, etc.

No âmbito da Resolução em espeque, a recusa que coloca em risco a sobrevivência do incapaz se coadunaria, inclusive, com seu art. 5º, que trata do dito abuso de direito, eis que consistiria em procedimento cuja recusa, embora não em si realizado, implicaria risco a terceiro.

Sobre o abuso de direito, entendido como o previsto no art. 187 do Código Civil de 2002 e previsto na Resolução como causa de não aceitação da recusa, é fato que inexistente direito absoluto. O conceito de abuso tem sede jurídica, podendo ser definido como:

fato de usar de um poder, de uma faculdade, de um direito ou mesmo de uma coisa, além do que razoavelmente o Direito e a sociedade permitem. O titular de prerrogativa jurídica, de direito subjetivo, que atua de modo tal que sua conduta contraria a boa-fé, a moral, os bons costumes, os fins econômicos e sociais da norma, incorre no ato abusivo. Nesta situação, o ato é contrário ao Direito e ocasiona responsabilidade<sup>(24)</sup>.

No caso das hipóteses arroladas na norma deontológica, os incisos I e II do art. 5º, § 1º da Resolução 2.232/2019, que referem o risco para terceiro e para a coletividade, de efeito, poderiam caracterizar uso indevido do direito de recusa, e justificar a irrenunciabilidade das medidas sanitárias. Isso foi reconhecido também durante a pandemia de covid-19, nos termos do art. 3º da Lei nº 13.979/2020, e em que pese a distinção entre tratamentos compulsórios (sujeitos a medidas de coerção indiretas) e obrigatórios ou forçados<sup>(11)</sup>, nos termos dos artigos 23 e 31, item 2, do Decreto Legislativo nº 10.212, de janeiro de 2020, que internaliza o Regulamento Sanitário Internacional.

Já o parágrafo 2º do art. 5º da presente Resolução foi alvo da ADPF nº 642/19<sup>(25)</sup> e da Ação Civil Pública nº 5021263-50.2019.4.03.6100/SP<sup>(26)</sup>, a qual, num primeiro momento, conseguiu suspender parcialmente a eficácia dos artigos 5º, § 2º; 6º e 10, os quais limitavam a liberdade da gestante, se caracterizado abuso de direito em face do feto. A sentença prolatada na referida ACP, em maio de 2021, negou provimento ao pedido e açou a antecipação de tutela tendente à revogação dos aludidos artigos. Fundamentou-se no entendimento de que se haveria de ponderar, de efeito, o interesse do feto, mas conjuntamente ao da mãe. A ADPF nº 642, por seu turno, acha-se, em janeiro de 2026, em pedido de vista, após voto do Relator, Ministro Nunes Marques, no sentido de

ratificando as teses jurídicas fixadas nos Temas 952 e 1.069 da sistemática da repercussão geral, julgava parcialmente procedentes os pedidos formulados na ADPF 618 e na ADPF 642, para: (i) consignar a não recepção parcial, sem redução de texto, do art. 146, § 3º, I, do Código Penal, de modo a excluir interpretação de que os médicos devem realizar transfusão de sangue contra a vontade prévia ou atual de paciente maior e capaz que, por motivo de convicção pessoal, se oponha ao tratamento; e (ii) declarar a inconstitucionalidade parcial, sem redução de texto, dos arts. 5º, § 2º, 6º, 10 e 11 da Resolução n. 2.232/2019/CFM; 22 e 31 da Resolução n. 2.217/2018/CFM (Código de Ética Médica); e 3º da Resolução n. 136/1999/CREMERJ, a fim de excluir hermenêutica que autorize os médicos a fazer transfusão de sangue quando contrarie a vontade prévia ou atual de paciente maior e capaz que, por motivo de convicção pessoal, se oponha ao tratamento (...)<sup>(25)</sup>.

No anterior pedido de vista, o ministro Cristiano Zanin divergiu parcialmente em relação à extensão da decisão, considerando que “o julgamento ultrapassa o debate restrito às Testemunhas de Jeová e deve alcançar a definição mais ampla do direito de todos os pacientes adultos e capazes de recusar intervenções médicas, independentemente da motivação”, como consequência da dignidade da pessoa humana, do direito à privacidade, à integridade física e ao próprio corpo, salvo nas hipóteses excepcionais de consentimento presumido, quando for impossível obter a manifestação de vontade.

Também considerou que o CFM extrapolou a competência normativa, ao editar regras que restringem direitos dos pacientes<sup>(27)</sup>.

No caso da recusa terapêutica envolvendo menor, ainda poderia ser suscitado questionamento quanto à teoria do menor maduro<sup>(13)</sup>, sobretudo para adolescentes, e mais notadamente para maiores de quatorze anos, ante o teor de alguns documentos internacionais e internos<sup>2</sup>, ou por analogia à previsão penal para a presunção do estupro presumido abaixo dessa idade, reconhecendo, portanto, alguma validade jurídica ao consentimento acima dela, em que pese a emancipação civil somente se possa dar a partir de dezesseis anos.

Nos casos envolvendo transfusão de sangue a menores, a jurisprudência tem tendido mais consistentemente à conduta *pro vita*, como no emblemático HC nº 268.459/SP<sup>(28)</sup>, julgado em setembro de 2014, no qual o STJ entendeu que, em situação na qual ocorrera a morte de menor de treze anos, atribuída à não realização de transfusão sanguínea por negativa dos pais, então acusados de homicídio, estes não deveriam ser responsabilizados pelo óbito, na medida em que caberia aos médicos realizar o procedimento, em detrimento da negativa parental. O *decisum* não esclarecia, contudo, se, caso o paciente fosse maior, a conclusão seria a mesma, a despeito da negativa pessoal.

Diversas decisões revelavam essa indefinição, sobretudo em relação a paciente maior e a recusas outras (como a interdição provisória, determinada em novembro de 2017, do jovem goiano JHPCF, de 22 anos, paciente renal crônico que recusou hemodiálise e transplante. A decisão afirmou que a interdição se limitava à questão do tratamento, aduzindo, porém, paradoxalmente, não dever ocorrer “qualquer forma de coerção física, inclusive sedação”<sup>(15)</sup>. A ilustrar a variabilidade de entendimentos, destacam-se manchetes, notícias e decisões como: “Testemunha de Jeová não pode receber transfusão de sangue forçada”<sup>(29)</sup>, oriunda do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, e, em sentido inverso, decisão da Justiça paulista, segundo a qual: “Justiça obriga testemunha de Jeová a receber transfusão de sangue”<sup>(30)</sup>.

Constata-se, assim, do quanto exposto, que a norma deontológica, tal como fora posta e em face dos entendimentos mais contemporâneos acerca dos direitos fundamentais envolvidos, não sanou a dúvida profissional nesse aspecto – é dizer: a possibilidade ou não de recusa a procedimentos, em condições fora da terminalidade, e da transfusão sanguínea, no particular, pelo paciente Testemunha de Jeová maior e capaz.

Ao revés, a normativa acrescentou questionamentos, ao mesclar aspecto outro no mesmo documento, notadamente a questão, também polêmica, da objeção de consciência pelo profissional (sendo que o argumento de tal escusa é bem mais associado ao próprio indivíduo testemunha de Jeová, em face de obrigações impostas pelo Estado, como a prestação do serviço militar), conforme se passará a comentar.

Isso posto, a fim de buscar maior clareza e coerência, uma sugestão de disciplina mais detalhada do tema, tomando por modelo os Enunciados dos órgãos adjuvantes judiciais, poderia trazer a seguinte formulação:

---

<sup>2</sup> *Ex vi*, o art. 12, 1, Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, ONU, Nova York, 1989: “Os Estados Partes devem assegurar à criança que é capaz de formular seus próprios pontos de vista o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados a ela, e tais opiniões devem ser consideradas, em função da idade e da maturidade da criança”. Outros documentos, inclusive pátrios, também fazem menção à necessária oitiva do menor, inclusive no âmbito sanitário, segundo sua possibilidade de compreensão e manifestação, como a determinação da anuência do sujeito menor à participação em pesquisa em seres humanos, prevista no item II.2 da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012, que substituiu a Resolução n. 196/96 na regulamentação do tema, sem, todavia, dispensar a manifestação do responsável legal.

Na recusa terapêutica por razão religiosa, devem-se observar:

- a) capacidade: em caso de menor e/ou incapaz, a beneficência indica o procedimento, se houver recomendação técnica;
- b) risco de morte iminente: caso não haja decisão pessoal contrária, o procedimento é amparado pelo art. 146, § 3.º, I, CP;
- c) manifestação atual de recusa, em consulta privada a paciente capaz, esclarecido dos riscos: registrar em prontuário e prover todos os recursos cabíveis, exceto a terapêutica expressamente recusada;
- d) existência de diretiva antecipada, preferencialmente recente (até um ano) ou, em atendimento de urgência, o próprio paciente portar a declaração ou carteira de identificação com registro de recusa, mesmo que emitida há mais tempo: evidenciar-se atualidade e se ampara a não transfusão, nos moldes do item c).

Ajustar-se-ia, assim, a disciplina ético-jurídica específica, dirimir-se-iam as dúvidas e uniformizar-se-iam as abordagens em relação às diferentes nuances do tema.

### ***Sobre técnica e clareza: a mescla de temas no instrumento normativo e a inadequação da disciplina da escusa de consciência do médico no mesmo documento***

A atuação do Conselho Federal de Medicina, com suas resoluções, tem tido papel relevante na regulamentação de diversos aspectos relacionados à interface entre direito e saúde no país. Assim se podem citar, *verbi gratia*, a Resolução nº 1.805/2006<sup>(4)</sup>, que esclareceu a questão da ortotanásia, e a Resolução nº 1.995/2012<sup>(5)</sup>, que disciplinou – vez que não obstados pela legislação – a possibilidade e exercício das Diretivas Antecipadas de Vontade.

A Resolução nº 2.232/2019, todavia, ao tentar redimir-se da anterior e polêmica abordagem da Resolução CFM nº 1.021/1980, no tocante à transfusão de sangue, que desafiara, no mesmo ano de 2019, ações judiciais contrárias à sua constitucionalidade, terminou gerando dúvidas e críticas ainda mais amplas. De um lado, tendeu a generalizar, sem esclarecer de fato, a atuação contra a vontade do paciente, numa época em que se busca, justamente, a ponderação mais respeitosa da autonomia do sujeito e de valores fundamentais. Não bastantes tais fragilidades relativas à recusa terapêutica, a Resolução em comento suscitou outra crítica, ao concentrar, no mesmo ato, duas questões não necessariamente vinculadas: a recusa terapêutica do paciente e a objeção de consciência do médico, cumulação que não se costuma mostrar de bom alvitre, numa norma de esclarecimento, como as resoluções.

Tal circunstância recorda a fase de elaboração das Resoluções CFM nº 1.805/2006 e nº 1.826/2007<sup>(7)</sup>. As duas normas tratam da omissão e suspensão de suporte artificial na ortotanásia (a primeira) e na morte encefálica (a segunda), assinalando as diferentes causas que respaldam a conduta nas duas situações. De início, foi cogitada a abordagem em documento único. Ponderou-se, à época, que tal medida ensejaria mais confusão que esclarecimento, ao sugerir que seriam temas necessariamente correlatos, em lugar das situações distintas que de fato são. Naquela ocasião, o Conselho concluiu, muito sensatamente, que resoluções “dois em um” não costumam gerar bons frutos, desdobrando a proposta nas duas que foram efetivamente publicadas, com grande avanço para os temas no país.

Sugerir-se-ia, portanto, que a Resolução sobre recusa terapêutica se cingisse a essa questão, em consonância com as normas já havidas, e às eventuais situações em que ela não seria possível – que

não envolvem necessariamente a divergência pessoal do profissional, como se houvera uma gradação hierárquica entre os valores individuais dos dois sujeitos.

Elaborar-se-ia, então, outra Resolução para os casos de objeção de consciência do médico, referida nos artigos 7º a 10, com as respectivas causas em que não pode ser a objeção admitida, notadamente a hipótese em que não houver outro profissional apto a fazer a assistência a que o paciente tem direito.

Assinale-se especialmente a sugestão de dissociação dos temas nos artigos 8º e 10, os quais terminaram se mostrando particularmente confusos, ao tentarem mesclar a recusa terapêutica pelo paciente e a objeção de consciência do médico, quando ambas são situações de habitual omissão ou não-fazer, dificilmente, portanto, confrontadas entre si ou justificadoras da abordagem em norma única.

No caso do art. 10, por exemplo, ao tratar de situação que obstará a objeção pelo profissional (urgência ou emergência), supõe-se que o paciente quer o tratamento, não podendo o médico deixar de ofertá-lo em nome de tal escusa. Todavia, ao se acrescentar, no mesmo enunciado, a hipótese de inadmissibilidade da recusa que enseja risco, remete-se à ideia de que o paciente não deseja ser tratado, gerando um paradoxo.

De efeito, a noção de objeção ou escusa de consciência pelo médico repousa, no Código de Ética Médica atual<sup>(31)</sup> (Resolução CFM nº 2.217/2018), nos seguintes artigos, que evidenciam algo semelhante à recusa terapêutica, eis que ambas as situações consistem em negativas fulcradas na fidelidade à própria moral. Como dito, porém, são situações que dificilmente se veriam em conflito, porquanto ambos refutam práticas terapêuticas, quer pelo paciente, quer pelo profissional, por considerá-las contrárias às próprias crenças. São os artigos do *codex*:

Capítulo I – Princípios Fundamentais:

VII - 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.

Capítulo II – Direitos dos Médicos:

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência<sup>(31)</sup>.

Não se justifica, pois, a disposição, na mesma norma, da situação ora descrita e da recusa pelo paciente (ambas condutas tendencialmente omissivas), como possível relação de confronto. Conforme destaca Albuquerque, a objeção de consciência então descrita “significa uma abstenção por parte do profissional, sendo assim, descabe sob o argumento da objeção ter uma conduta positiva traduzida em tratamento forçado” ao paciente<sup>(32)</sup>. Sob esse prisma, a intenção da Resolução nº 2.232/19, em particular, parece ser menos a de salvaguardar a possibilidade de recusa a “realizar ato médico que, embora permitido, agrida a crença moral do profissional, em sua esfera pessoal e íntima”<sup>(31)</sup>, e, sim, tratar de situação de discordância profissional à recusa veiculada pelo paciente, não caracterizando, portanto, o conceito exato de objeção de consciência. De efeito, a objeção de consciência não se confunde com a mera divergência de opinião do profissional.

De outro lado, supor que haveria objeção de consciência do médico que “recusa a recusa” do paciente (essa, sim, no caso da Testemunha de Jeová, motivada por oposição de cunho moral), por

supô-la eutanásia ou suicídio assistido, contrários a valores existenciais do médico, seria recair novamente na mesma interpretação rechaçada na revogada Resolução CFM nº 1.021/80, ao considerar que a intenção do recusante é causar a própria morte, e não refutar tratamento que se lhe mostre pessoal e moralmente inaceitável.

Assim sendo, o único eventual ponto em comum com a circunstância original da recusa a transfusão sanguínea seria a objeção do médico Testemunha de Jeová em proceder a transfusão em paciente com indicação da medida e que a deseje, ficando essa objeção obstada, quando inexista outro profissional que o possa fazer – situação bem distinta, portanto, da recusa terapêutica pelo paciente.

Outra situação de objeção de consciência do profissional tradicionalmente lembrada é a do médico que se recusa a realizar aborto legal, por motivo de crença pessoal, nos casos admitidos pelo ordenamento jurídico, circunstância também distinta da opção da gestante quanto à forma de parto, que foi um dos aspectos juridicamente questionados na Resolução. Também aqui, entende-se que a objeção do profissional não pode prevalecer, se inexistir na localidade outro facultativo para prover ao/a paciente a conduta a que faz jus e deseja, de modo a não se deixar o/a paciente desamparado/a nem o/a obrigar a deixar de fazer o que a lei permite.

Do modo como disposto na Resolução atual, ao revés, a dita objeção do médico parece ter franca primazia sobre a recusa do paciente, contrariando os termos do próprio Código de Ética Médica vigente e fazendo distinção hierárquica que a lei não faz. De fato, priorizar a objeção pessoal do médico em face da recusa do paciente ou considerar a manifestação do profissional como sumariamente impeditiva à recusa – e não apenas capaz de eximir aquele exercente da conduta considerada ofensiva a seus próprios ditames – significa aquilatar valores igualmente pessoais de forma diversa, em detrimento do principal envolvido nas consequências do tratamento. Assegura-se a paz espiritual do médico, às custas de sujeitar integralmente a possibilidade de recusa terapêutica do paciente à anuência do profissional, independentemente da divergência de crenças.

A raiz da previsão da objeção de consciência remete, na contemporaneidade, à Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, cujo art. 18 assevera que “[t]odo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião”<sup>(33)</sup>. A esse respeito, ainda, há de se destacar a revisão do Código Internacional de Ética Médica, pela Assembleia Médica Mundial, aprovada em outubro de 2022, e que tratou do tema *sub oculi* em seu art. 29, a saber:

29. Este Código centra-se nos deveres éticos do médico. No entanto, em alguns aspectos, existem dilemas morais profundos que os médicos e os doentes podem seriamente considerar conflitantes com as suas crenças conscientes. O médico tem a obrigação ética de minimizar os incômodos dos cuidados prestados ao doente. A objeção de consciência do médico à prestação de quaisquer intervenções médicas lícitas só pode ser invocada se o doente individual não for prejudicado ou discriminado, e se a saúde do doente não for posta em perigo. O médico deve informar imediata e respeitosamente o doente desta objeção e do seu direito a consultar outro médico qualificado, bem como fornecer informação suficiente para que o doente possa iniciar tal consulta atempadamente<sup>(34)</sup>.

Os conteúdos dos artigos 9º e 10 da Resolução nº 2.232/2019, portanto, independentemente da menção à recusa nesse último – referência feita duas vezes no mesmo dispositivo e que apenas gera confusão desnecessária e impertinente, como visto –, estão em consonância com a normativa internacional, no sentido de não poder a objeção deixar o paciente desamparado ou em risco e sem

outro profissional que o acompanhe. O parágrafo único do art. 9º, por seu turno, referente ao paciente atendido em consultório, ao apenas facultar a informação ao Conselho, não deixa clara a recomendação de não abandono do enfermo, se não houver outro profissional para o atender na localidade, merecendo também melhor desenvolvimento normativo.

Cabe destacar, então, que a objeção de consciência, em seu sentido real, é direito do médico, independente e não necessariamente relacionado à situação de recusa terapêutica – a qual entra na esfera de direitos do paciente –, e não somente em face dela (ou como impedimento a ela), como parecem sugerir os artigos 7º e 8º da Resolução citada. Também não prevalece necessariamente sobre o direito do paciente, como se poderia depreender desses dispositivos, mesmo porque, como dito, ambas as condutas tendem a se manifestar como pleitos omissivos (“recusar terapêutica” e “não realizar ato”), tornando pouco provável o choque veraz na espécie. Por fim, ela não pode ocorrer se deixará o paciente desassistido.

Caso se argumente o caráter sacro e prevalente da vida, o argumento deixaria de ser propriamente a objeção de consciência do profissional, retornando-se à discussão acerca dos limites legais à recusa. Naturalmente, a autonomia tem limites, decorrentes do próprio pacto social, expresso, em última análise, no Direito, mas também não procede esvaziar a própria possibilidade da recusa ou participação na decisão terapêutica, ao se anular a autonomia do paciente, submetendo-a integralmente à do profissional, em questão de valores individuais.

Dessarte, em nome de uma melhor técnica normativa, o tema da escusa de consciência mereceria, de fato, resolução própria, para maior clareza, proteção e segurança do profissional e do paciente nesse campo, não se confundindo a objeção de consciência do médico, como pessoa moral, com a discordância técnica do profissional à recusa do paciente a terapêutica por ele indicada.

### ***Ortotanásia, recusa terapêutica e o direito ao curso natural da doença: o conflito entre resoluções e a autonomia no fim de vida***

Ao tratar da recusa terapêutica, a Resolução CFM nº 2.232/19 remete a tema bastante caro à disciplina de fim de vida nos tempos atuais, quando a maior parte dos óbitos ocorre em ambiente hospitalar e tanto mais cercados de recursos terapêuticos ou pseudoterapêuticos quanto mais bem equipada a unidade de saúde. O progresso tem prolongado não somente a expectativa de vida, mas também o processo de morrer, alongado no tempo por recursos que, sem reverterem a evolução inexorável da condição patológica, lentificam o processo e não raro ampliam o sofrimento.

O ganho potencial de tempo eventualmente obtido às custas de procedimentos e suporte artificiais não deve consistir, naturalmente, em obrigação legal de submissão a tais recursos, sobretudo quando, como referido acima, essas possibilidades sequer estão disponíveis para todos que a desejem ou que poderiam delas, efetiva e voluntariamente, beneficiar-se. Daí surgiram, portanto, conceitos essenciais para a discussão da autonomia em fim de vida, como a recusa terapêutica, a omissão/suspensão de suporte artificial, a proporcionalidade e futilidade terapêuticas, como parâmetros para a mencionada recusa.

A história da ortotanásia no país, como morte a seu tempo, nem antecipada, nem procrastinada indevidamente<sup>(22)</sup>, perpassa pela evolução das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, artífice de primeira linha da evolução e discussões sociais sobre o tema, numa época ainda de intensa resistência cultural aos temas da morte e do morrer. Ainda que dentro de seu lugar jurídico de normas

diceológicas, de esclarecimento profissional, sua condição de fontes hermenêuticas adjuvantes, no âmbito do legalmente permitido, tem sido de relevante utilidade social.

Dentre essas normas esparsas, algumas merecem particular destaque nesse processo, ao lado dos recentes Códigos de Ética Médica, que, de certa forma, têm compilado esses entendimentos. Destaque-se, nesse ponto, primeiramente, a Resolução CFM nº 1.805/2006<sup>(4)</sup> que, embora estranhamente não conste nos “considerandos” da Resolução CFM nº 2.232/19, é marco substancial na discussão da ortotanásia e disciplina da autonomia em fim de vida no país, tendo tido, inclusive, sua constitucionalidade reconhecida judicialmente desde 2010, na Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3/DF<sup>(35)</sup>. Essa Resolução reconhece a possibilidade de recusa terapêutica em fim de vida, mediante omissão ou retirada de suporte ou terapêutica que se revele fútil, ou seja, sem perspectiva de reversão do quadro patológico terminal. Confirma o direito de evoluir para o óbito de modo natural, pelo curso próprio da enfermidade, cuja progressão se mostra incoercível, seguindo a manifestação do paciente ou, subsidiariamente, de seu representante legal, devidamente esclarecidos.

Na mesma linha, assinala-se a Resolução CFM nº 1.995/2012<sup>(5)</sup>, expressamente referida na norma ora em exame, e que disciplina a possibilidade de recusa antecipada de medidas e intervenções médicas. Ela se aplica ao paciente que deseje antecipar sua manifestação autônoma, para o caso de vir a estar, no futuro, inconsciente e em situação de inexorabilidade do quadro enfermo. Caracterizam-se aí as chamadas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), gênero em que se situam o testamento vital (indicação das condutas a que deseja ou não ser submetido, dentro dos limites legais, caso não se veja em condições de optar contemporaneamente) e o mandato duradouro (indicação de pessoa de sua confiança para decidir por si em tal circunstância), modelos de decisão substitutiva<sup>(36)</sup>.

Crítica possível a esse documento seria a referência aos cuidados, como se esses pudessem também ser suspensos, sem indicação de seu conteúdo majoritariamente associado à dignidade e, dessa feita, distintos de tratamentos renunciáveis<sup>(20)</sup>. A Resolução em comento também foi objeto de Ação Civil Pública (ACP nº 0001039-86.2013.4.01.3500/GO)<sup>(37)</sup>, com sentença no sentido do reconhecimento de validade à possibilidade de manifestação prévia de vontade, porém ainda sem trânsito em julgado em 2025.

A Resolução CFM nº 2.156/2016<sup>(38)</sup>, por seu turno, estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, enfatizando que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”<sup>(38)</sup>. Pontua que a admissão em UTI deve levar em consideração o “potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico” e que pacientes terminais, sem possibilidade de recuperação, em geral “não são apropriados para admissão na UTI (...). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista”<sup>(38)</sup>. Esses pacientes devem ser encaminhados preferencialmente a unidades de cuidados paliativos. Para pacientes já internados em unidades de terapia intensiva, por seu turno, recomenda-se a alta àquele para o qual se tenha esgotado “o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família”<sup>(38)</sup>, favorecendo a interação e conforto nos momentos finais, sem intervenções excessivas e desproporcionais.

O Código de Ética Médica atual (Resolução CFM nº 2.217/18, vigente a partir de 2019, mesmo ano da norma em exame)<sup>(31)</sup>, a exemplo de seus dois antecessores, também salvaguarda a possibilidade de recusa a tratamentos ineficazes para a reversão do quadro de base e que somente ensejam o prolongamento do processo de terminalidade, reconhecendo a possibilidade de sua recusa e não indicação.

A Resolução ora analisada, portanto, não deveria surpreender, ante a consistência do posicionamento do órgão nos quinze anos anteriores, quanto à recusa terapêutica em fim de vida. Todavia, de certo modo o fez, ensejando estranheza na interpretação sistemática, a denotar, possivelmente, uma falha de técnica normativa (contrariando o princípio do legislador racional), mais do que, provavelmente, uma mudança de posicionamento de base, em relação à ortotanásia e em contrário à distanásia. De efeito, *data maxima venia*, a Resolução nº 2.232/19 oscila até seus artigos finais (vide artigos 11 a 13)<sup>(1)</sup>, convertendo o que deveria ser um entendimento simples e direto em um exercício hermenêutico desafiador, sobretudo para não juristas, como o público a que prioritariamente se destina.

Além da indevida associação entre a recusa terapêutica e a objeção de consciência, já comentada, as questões envolvendo risco de morte tampouco deixam clara a possibilidade da recusa do paciente irreversível. A condição de terminalidade não é citada em nenhum momento, dando-se a impressão da impossibilidade de recusa mesmo ao tratamento fútil ou potencialmente inapropriado – conforme a distinção feita nos itens I e II do Anexo à Resolução CREMESP nº 355, de outubro de 2022<sup>(39)</sup> – no caso do curso irrefreável para morte natural. Sugere, assim, uma inusitada obrigatoriedade da obstinação terapêutica, a fim de evitar e postergar o desfecho letal a qualquer custo, como parece depreender-se da leitura do art. 11 da Resolução CFM nº 2.232/19, independentemente da condição de base do enfermo, prestando desserviço a toda a construção valorativa que vem sendo feita pelo próprio ente nas últimas décadas.

Do mesmo modo, o art. 3º da Resolução nº 2.232/19 esvazia completamente o mandato duradouro, previsto na Resolução CFM nº 1.995/12<sup>(5)</sup>, no tocante ao paciente que perdeu o uso de suas faculdades mentais, e a Resolução CFM nº 1.805/06<sup>(4)</sup>, em relação à vontade do representante em qualquer caso.

No contorcionista esforço hermenêutico de ajustar a Resolução presente às disposições anteriores – eis que somente indicada como revogada por ela a Resolução CFM nº 1.021/80<sup>(8)</sup>, que considerava obrigatória a transfusão de sangue em caso de risco de morte – pode-se considerar que o *caput* de seu art. 12 admite a recusa, “por escrito e perante duas testemunhas quando a falta do tratamento recusado expuser o paciente a perigo de morte”<sup>(1)</sup>. A dúvida é se essa recusa será sequer considerada, ante os demais artigos referidos, e em que casos ela é possível, a despeito do aludido perigo – que, a depender da circunstância, sequer é inesperado, mas, sim, parte do curso natural e inevitável do quadro e da própria mortalidade humana.

Destaque-se, como positivo nesse artigo, a possibilidade de registro por qualquer meio que permita identificar a vontade do emitente. Essa disposição, constante do parágrafo único do art. 12, vai ao encontro da ideia veiculada na citada Resolução CFM nº 1.995/12<sup>(5)</sup>, no sentido da maior ênfase à fidedignidade do conteúdo do que à forma das manifestações de vontade em fim de vida. Essa previsão pode facilitar sua adesão em nossa cultura, tão pouco afeita a formalidades burocráticas, a pensar na morte e de escassa difusão testamentária de qualquer espécie. Também se concilia com o Enunciado nº 37 do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – FONAJUS, que ratifica o tema<sup>(40)</sup>.

Outra tentativa última de integração interpretativa parece ser, tomando-se o teor do art. 2º, *caput*, da Resolução CFM nº 2.232/19 em exame, considerar-se “eletivo” todo tratamento fútil (que a rigor sequer é tecnicamente indicado) ou potencialmente inapropriado – e, portanto, eticamente renunciável – para o paciente terminal. Veja-se, porém, que o próprio artigo dificulta essa tentativa, quando remete à previsão legal definir o que seja o tratamento dito eletivo. A Resolução, que invadiu a competência legal ao estabelecer vedações, agora atribui ao legislador não médico justamente a análise que indubitavelmente requer avaliação técnica de indicação, necessidade e resposta terapêutica no caso concreto. Também no parágrafo único do art. 2º, perdeu-se a oportunidade de referir expressamente os cuidados paliativos como possibilidade a ser indicada, de sorte a evidenciar que a assistência de fim de vida pode ser mais adequada por essa linha do que mediante encançadas tentativas de prolongar artificialmente a existência que naturalmente se finda.

### ***As decisões do Supremo Tribunal Federal, a necessidade de opções terapêuticas e a atuação da Defensoria no âmbito da saúde pública***

Como visto, os entendimentos veiculados pela Corte Suprema do país, nos julgados dos Recursos Extraordinários nº 979.742 e nº 1.212.272, decididos em 25 de setembro de 2024, deliberaram, em sucintas linhas, pela possibilidade de recusa, por pacientes maiores e devidamente esclarecidos, a terapia transfusional de sangue ou derivados, em virtude de razões religiosas, ainda que daí advenha risco de morte, devendo a União custear procedimentos alternativos, em substituição ao sangue heterólogo.

No Recurso Extraordinário nº 979.742/AM<sup>(41)</sup>, que motivou o Tema de Repercussão Geral nº 952, relativo ao “Conflito entre a liberdade religiosa e o dever do Estado de assegurar prestações de saúde universais e igualitárias”, foi então decidido pelo Pleno que:

O Tribunal, por unanimidade, apreciando o tema 952 da repercussão geral, negou provimento ao recurso extraordinário e fixou a seguinte tese: "1. Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, têm o direito de recusar procedimento médico que envolva transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa. 2. Como consequência, em respeito ao direito à vida e à saúde, fazem jus aos procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde - SUS, podendo, se necessário, recorrer a tratamento fora de seu domicílio". Tudo nos termos do voto do Relator, Ministro Luís Roberto Barroso (Presidente). Ausente, por motivo de licença médica, o Ministro Dias Toffoli. Plenário, 25.9.2024<sup>(41)</sup>.

O feito transitou em julgado em outubro de 2025. Já o Recurso Extraordinário nº 1.212.272/AL<sup>(42)</sup> motivou o Tema de Repercussão Geral nº 1069, o qual resultou nas seguintes teses e no seguinte *decisum*, transitado em julgado em 20 de setembro de 2025:

Decisão: O Tribunal, por unanimidade, apreciando o tema 1.069 da repercussão geral, julgou prejudicado o recurso extraordinário e fixou as seguintes teses: "1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos. A recusa a tratamento de saúde, por razões religiosas, é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso,

anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente". Tudo nos termos do voto do Relator [Min. Gilmar Mendes]. Ausente, por motivo de licença médica, o Ministro Dias Toffoli. Presidência do Ministro Luís Roberto Barroso. Plenário, 25.9.2024<sup>(42)</sup>.

Os posicionamentos judiciais então esposados cancelaram, portanto, a autonomia do paciente maior e capaz de recusa terapêutica, notadamente a transfusão sanguínea por motivação religiosa, ainda que daí resulte risco de morte pela doença de base, resultando disso, ainda, o reconhecimento da necessidade de provimento de assistência sanitária alternativa.

Em face da decisão acima, a Defensoria Pública da União, mediante sua Defensora Nacional de Direitos Humanos e seu Grupo de Trabalho em Saúde, oficiou o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado dos 27 entes da Federação, no intuito de questionar as medidas que vêm sendo adotadas para disponibilização de vias alternativas à terapia transfusional, de forma a viabilizar a defesa simultânea ao direito à vida, à saúde e à liberdade religiosa da parcela dessa população dependente do SUS. Verificou-se, na ocasião, que a maior parte das Secretarias de Saúde não respondeu a contento ao questionamento, no intervalo fixado no ofício, sugerindo que ainda não se encontravam suficientemente equipadas para fornecer tratamento substitutivo com eficiência, talvez em virtude do pouco tempo transcorrido entre a decisão definidora do STF e a consulta.

De toda sorte, é de se esperar que, uma vez assentado o posicionamento jurisprudencial e, por consequência, o sentido da hermenêutica constitucional acerca do tema, tanto os aspectos normativos infraconstitucionais como as medidas administrativas sejam ajustadas ao conteúdo axiológico cancelado. Objetiva-se assegurar, assim, a promoção de tratamento adequado e razoável a essa parcela da população, garantindo-lhe, simultaneamente, os direitos fundamentais ao acesso à saúde e à liberdade, em termos equitativos decorrentes da Constituição Federal e dos direitos humanos.

## **Considerações finais**

A Resolução CFM nº 2.232/2019 foi produzida, segundo parece, em resposta aos questionamentos judiciais a seu antecedente – e por ela revogada – Resolução CFM nº 1.021/80. A norma atual, entretanto, apresenta algumas falhas relevantes em sua técnica legislativa, que, com a devida vênia, dificultam, a interpretação para seus destinatários primordiais e demais beneficiários, sua localização hermenêutica no ordenamento e até no conjunto normativo do próprio ente profissional.

Ensejou-se uma regra de conteúdo plúrimo e paradoxal em alguns aspectos, quando é parte da função das Resoluções justamente esclarecer os dispositivos legais regulamentados e facilitar sua compreensão, servindo de ponte entre o jurista e o profissional, bem assim se coadunando com o arcabouço jurídico vigente.

A superveniência do entendimento jurisprudencial sobre o tema da recusa transfusional, que há muito também enseja polêmica judicial, dada a falta de clareza normativa específica, evidenciou ainda mais a fragilidade da norma deontológica, como diretriz profissional e social.

Do exposto, portanto, a sugestão primeira a ser feita, pelas razões supra expostas, seria a de se cindir a Resolução CFM nº 2.232/2019 em duas, concentrando-se, uma, na questão da recusa do paciente e seus limites, e apartando dela o que se refere à escusa de consciência do médico – a ser objeto de normativa própria, porquanto aspecto distinto e dirigido a outro sujeito e titular de direito. De efeito, o direito à objeção de consciência pelo profissional não necessariamente se associa à recusa

do paciente, sendo, ao revés, improvável o conflito entre duas condutas tendencialmente omissivas, ensejando dúvidas relevantes, no modo como posta a questão.

Uma segunda sugestão é a de harmonizar a norma em questão com as disposições já existentes, inclusive oriundas do próprio Conselho, em relação à possibilidade de recusa em fim de vida, dando mais clareza a seus dispositivos, notadamente nos casos de terminalidade, de modo a não reinsserir dúvidas que já vinham sendo sanadas pelos documentos anteriores, já submetidos e chancelados, inclusive, no crivo judicial. Destaque-se que essa medida vai ao encontro da tendência abraçada pelo Supremo Tribunal Federal, nas decisões havidas recentemente sobre a possibilidade de recusa transfusional pelo paciente maior e capaz, em defesa à liberdade religiosa.

Com isso, permitir-se-ia orientar melhor médicos e pacientes na interpretação do que já consta do ordenamento jurídico, inclusive em outras Resoluções do ente, eis que não se trata de normas concessivas de direitos próprios ou que vedem o que as leis mesmas não proibam ou, tampouco, que inovem onde não lhes é dado constitucionalmente fazer.

São análises e sugestões feitas com intuito construtivo, reconhecendo-se, no âmbito ético-normativo, o relevante papel que o Conselho tem tido, na evolução das discussões bioéticas no país nas últimas décadas, bem como em homenagem à proteção constitucional à liberdade, ora referendada.

Assim como já se reviu, com sabedoria, o Conselho, em outras ocasiões (destacaram-se, nesse sentido, as Resoluções CFM nº 1.805/06 e nº 1.826/07, originalmente cogitadas como norma única, e, mais recentemente, a Resolução CFM nº 2.227/18, que tratava da telemedicina e foi revogada após autocrítica inicial, somente sendo a disciplina retomada, oportuna e mais consentaneamente, na Resolução CFM nº 2.314/22), mostrar-se-ia propício rever-se aqui, no intuito de aclarar e aprimorar os vínculos em saúde, favorecendo a decisão compartilhada, a segurança, os valores constitucionais e o fortalecimento da relação entre profissionais e pacientes.

Por fim, o reconhecimento da possibilidade de recusa terapêutica em matéria transfusional, ratificado judicialmente, demanda aspectos práticos garantidores do direito à saúde, em nome do princípio da integralidade, vigente na saúde pública. Para isso, é mister que haja disponibilidade de recursos alternativos à terapia transfusional heteróloga, de modo a assegurar os simultâneos direitos à liberdade religiosa e à saúde desse grupo, dentro de um espectro esperado de razoabilidade, medida especialmente necessária à parcela populacional mais vulnerável socioeconomicamente e dependente do SUS, bem como da assistência defensorial.

## Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.232, de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [citado em 22 set. 2025]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>
2. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Testemunhas de Jeová têm direito de recusar procedimento que envolva transfusão de sangue, decide STF [Internet]. Brasília: STF; 2024 [citado em 5 jun. 2025]. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/testemunhas-de-jeova-tem-direito-de-recusar-procedimento-que-envolva-transfusao-de-sangue-decide-stf>
3. Rampazzo L. Metodologia científica. 2 ed. São Paulo: Loyola; 2004.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 2006. Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal [Internet]. Brasília: CFM; 2006 [citado em 22 set. 2025]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Brasília: CFM; 2012 [citado em 22 set. 2025]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244750>

6. Villas-Bôas ME. Nota de chegada: mudanças na disciplina do final de vida no país [Internet]. Salvador; 2019 [citado em 22 set. 2025]. Disponível em: <https://cvmed.com.br/2019/08/28/nota-de-chegada-mudancas-na-disciplina-do-final-de-vida-no-pais/>
7. Villas-Bôas ME. Breves sugestões para a Resolução 2.232/2019 [Internet]. Salvador; 2021 [citado em 12 nov. 2022]. Disponível em: <http://cvmed.com.br/2021/02/27/breves-sugestoes-para-a-resolucao-2-232-2019/>
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.021, de 1980 [Internet]. Brasília: CFM; 1980 [citado em 22 set. 2025]. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1980/1021\\_1980.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1980/1021_1980.pdf)
9. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 618 [Internet]. Brasília: STF [citado em 17 mar. 2026]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5769402>
10. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 1.212.272 (Tema 1.069): recusa a transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová [Internet]. Brasília: STF [citado em 22 set. 2025]. Disponível em: [https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/ano/RE1.212.272.Testemunhadejeova769\\_vAO\\_r.pdf](https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/ano/RE1.212.272.Testemunhadejeova769_vAO_r.pdf)
11. Villas-Bôas ME. Administração pública, controle sanitário e vacinação: desafios constitucionais na pandemia de COVID-19. *Rev Defensoria Pública da União*. 2023 [citado em 22 set. 2025];20(20):217-232. Disponível em: <https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i20.p217-232>
12. Alexy R. Teoría de los derechos fundamentales. 3ª ed. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2017.
13. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1991 [citado em 11 set. 2025]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18213cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm)
14. Rodrigues JV. O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português. Coimbra: Coimbra Editora; 2001.
15. Minahim MA. Aspectos éticos e jurídico-penais da relação médico-paciente. São Paulo: Thomson Reuters RT; 2022.
16. Ferraz Junior TS. Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação. 13ª ed. São Paulo: Atlas; 2025.
17. Ferraz Junior TS. Teoria da norma jurídica: ensaio de pragmática da comunicação normativa. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2016.
18. Minahim MA, Santos GC. Interromper ou prolongar o tratamento de pacientes graves ou terminais? Uma análise sobre a omissão imprópria na conduta médica. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA*. 2022 [citado em 23 set. 2025];32:1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/rppgd.v32i0.49239>
19. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2013.
20. Minahim MA. Autonomia e frustração da tutela penal. São Paulo: Saraiva; 2015.
21. Pierangeli JH. O consentimento do ofendido na teoria do delito. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2001.
22. Villas-Bôas ME. Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense; 2004.
23. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consentimento informado em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes. Departamento Científico de Bioética; 2021. 11 p.
24. Venosa S. Direito civil: responsabilidade civil. v. 4. São Paulo: Atlas; 2016.
25. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 642 [Internet]. Brasília: STF [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5839268>
26. Brasil. Tribunal Regional Federal da 3ª Região. Ação civil pública nº 5021263-50.2019.4.03.6100/SP [Internet]. São Paulo: TRF3 [citado em 17 mar. 2026]. Disponível em: [https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/12/3A097A4116BD54\\_liminar20-12-19-cfm.pdf](https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/12/3A097A4116BD54_liminar20-12-19-cfm.pdf)
27. Migalhas. Moraes suspende análise de direito à recusa a tratamentos médicos no STF [Internet]. 2026 [citado em 23 fev. 2026]. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/447404/stf-moraes-suspende-analise-de-direito-a-recusa-a-tratamentos-medicos>
28. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Habeas corpus nº 268.459/SP [Internet]. Brasília: STJ [citado em 17 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=33010937&tipo=91&nreg=201301061165>
29. Brasil. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Testemunha de Jeová não pode receber transfusão de sangue forçada [Internet]. Brasília: TRF1 [citado em 17 jan. 2023]. Disponível em: <https://portal.trf1.jus.br/portaltarf1/comunicacao->

[social/imprensa/noticias/decisao-testemunha-de-jeovanao-pode-receber-transfusao-de-sangue-forcada.htm](https://social/imprensa/noticias/decisao-testemunha-de-jeovanao-pode-receber-transfusao-de-sangue-forcada.htm)

30. Gentile R. Justiça obriga testemunha de Jeová a receber transfusão de sangue [Internet]. UOL Notícias; 2021 [citado em 17 jan. 2023]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rogerio-gentile/2021/10/19/justica-obriga-testemunha-de-jeovaa-receber-transfusao-de-sangue.htm>

31. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

32. Albuquerque A. Objeção de consciência do médico e a Resolução CFM nº 2.232/19 [Internet]. 2019 [citado em 19 jan. 2023]. Disponível em: <http://cvmed.com.br/2019/09/17/objecao-de-consciencia-do-medico-e-a-res-cfm-no-2-232-19/>

33. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. 1948 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

34. Associação Médica Mundial. Código internacional de ética médica [Internet]. 2022 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2022/12/Co%CC%81digo-E%CC%81tica-Me%CC%81dica-REVISADO.pdf>

35. Brasil. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3/DF [Internet]. Brasília: TRF1 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/se/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>

36. Aguiar M. Modelos de autonomia e sua (in)compatibilidade com o sistema de capacidade civil no ordenamento positivo brasileiro: reflexões sobre a Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina [Internet]. Florianópolis: CONPEDI; [citado em 20 nov. 2022]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=69c7e73fea7ad35e>

37. Brasil. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Ação civil pública nº 0001039-86.2013.4.01.3500/GO

[Internet]. Brasília: TRF1 [citado em 24 set. 2025]. Disponível em:

[https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1\\_captcha=st83&enviar=Pesquisar&proc=10398620134013500&secao=GO](https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1_captcha=st83&enviar=Pesquisar&proc=10398620134013500&secao=GO)

38. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.156, de 2016: critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [citado em 18 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=331807>

39. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 355, de 2022 [Internet]. São Paulo: CREMESP; 2022 [citado em 23 fev. 2026]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&ficha=1&id=20041>. Disponível em <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=20041&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=355&situacao=VIGENTE&data=23-08-2022>

40. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Enunciado nº 37 do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – FONAJUS [Internet]. Brasília: CNJ [citado em 22 set. 2025]. Disponível em: Disponível em: <https://portal.tjce.jus.br/uploads/2023/12/FONAJUS-Enunciados-atualizados-ate-2023.pdf>

41. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso extraordinário nº 979742/AM (Tema 952 da repercussão geral) [Internet]. Brasília: STF [citado em 24 fev. 2026]. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAmdamentoProcesso.asp?incidente=5006128&numeroProcesso=979742&classeProcesso=RE&numeroTema=952>

42. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso extraordinário nº 1.212.272/AL (Tema 1069 da repercussão geral) [Internet]. Brasília: STF [citado em 24 set. 2025]. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAmdamentoProcesso.asp?incidente=5703626&numeroProcesso=1212272&classeProcesso=RE&numeroTema=1069>

## Informações editoriais

### Histórico

Recebido: 30/09/2025

Revisado: 24/02/2026

Aprovado: 26/02/2026

### Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

### Avaliação por pares aberta

As opções de abertura do processo de avaliação por pares, incluindo a publicação dos pareceres, a divulgação de identidade e a interação entre autores e pareceristas, não foram disponibilizadas para este artigo.

### Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

### Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

### Contribuição dos autores

M.E. Villas-Bôas: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

### Conflito de interesses

A autora declara não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política e financeira referente a este artigo.

### Financiamento

Não se aplica.

### Aprovação ética da pesquisa

Não se aplica.

### Disponibilidade dos dados de pesquisa

Não se aplica.

### Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Não se aplica.

### Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves

Editor convidado (dossiê): Edson Rodrigues Marques

Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos,

Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira

Revisora de texto: Júlia Ribeiro Vitoriano

### Publisher

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil

### Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

## Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

## Licença de Uso

Copyright © 2026 Maria Elisa Villas-Bôas. Este artigo é licenciado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



## Como citar (Vancouver)

Villas-Bôas ME. A Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina e as decisões do Supremo Tribunal Federal sobre recusa transfusional: recusa terapêutica, objeção de consciência e a atuação da Defensoria Pública em defesa do grupo afetado. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026010. doi: [10.17566/ciads.e2026010](https://doi.org/10.17566/ciads.e2026010)