

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

THAYMARA JÚLYA FREIRE DE FRANÇA

**A AUTONOMIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: uma análise da
autodeterminação do paciente e da autonomia técnica do médico à luz do
Direito Constitucional e da Bioética**

Recife
2025

THAYMARA JÚLYA FREIRE DE FRANÇA

**A AUTONOMIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: uma análise da
autodeterminação do paciente e da autonomia técnica do médico à luz do
Direito Constitucional e da Bioética**

Monografia apresentada à Faculdade
Damas da Instrução Cristã como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel
em Direito.

Área de Pesquisa: Direito Constitucional
Orientador: Prof. Dr. Henrique Weil
Afonso

Recife

2025

Catálogo na fonte
Bibliotecário Ricardo Luiz Lopes CRB-4/2116

F815a França, Thaymara Júlya Freire de.
A autonomia na relação médico-paciente: uma análise da autodeterminação do paciente e da autonomia técnica do médico à luz do Direito Constitucional e da bioética / Thaymara Júlya Freire de França. - Recife, 2025.

56 f.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Weill Afonso
Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia - Direito) – Faculdade Damas da Instrução Cristã, 2025.
Inclui bibliografia.

1. Autonomia. 2. Bioética. 3. Relação médico-paciente. 4. Direitos fundamentais. 5. Direito à informação. I. Afonso, Henrique Weill. II. Faculdade Damas da Instrução Cristã. III. Título.

340 CDU (22. ed.)

FADIC (2025.1-021)

Dedico a presente monografia à minha mãe, a quem devo a inspiração e a compreensão de que o conhecimento ilumina os melhores caminhos da existência. Sem seu apoio incondicional, eu não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter sido meu refúgio constante, minha força nos momentos de incerteza e a luz que me guiou durante toda essa jornada.

À minha mãe, Simone, por seu amor incondicional, por cada gesto de cuidado e por acreditar em mim, mesmo quando eu duvidava. Sua força e dedicação foram meu maior exemplo.

À minha avó, Alda, cuja memória permanece viva em meu coração. Seu carinho, suas orações e seus ensinamentos, desde a infância, sobre a importância da educação, continuam sendo parte essencial de quem sou.

Aos meus irmãos, Mayara, Cristiano, Paulo, e, em especial, Tainá, por ter me escutado inúmeras vezes sobre esse trabalho de conclusão de curso. Agradeço a todos pelo companheirismo, pelas palavras de incentivo e por estarem ao meu lado nos momentos difíceis e nas conquistas.

Ao meu noivo, Rodrigo, cujo incentivo, amor e carinho estiveram presentes desde o início da graduação. Sem você, a caminhada teria sido mais árdua e dolorosa. Obrigada por tudo e, principalmente, pela paciência e dedicação.

Aos meus amigos, em especial Débora, Geanderson e Tayná, pela presença constante, pela escuta generosa e por tornarem essa jornada mais leve e significativa. Vocês foram os maiores presentes que a graduação e a vida me proporcionaram.

Aos meus professores, especialmente Henrique Weil, Renata Andrade e Francieli Volpato, por todo o conhecimento compartilhado, pela paciência e por incentivarem o pensamento crítico e ético ao longo da minha formação. Sem dúvida, o amor de vocês pelo ensino contribuiu para que eu me tornasse uma pessoa melhor.

À Faculdade Damas da Instrução Cristã, por ter sido um espaço de formação acadêmica, humana e profissional, preparando-me para os desafios da vida pessoal e jurídica.

A cada um de vocês, minha sincera gratidão.

*“Se falares a um homem numa
linguagem que ele compreenda,
a tua mensagem entra na sua cabeça.
Se lhe falares na sua própria linguagem,
a tua mensagem entra-lhe
diretamente no coração”.*

Nelson Mandela

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a autonomia na relação médico-paciente, com ênfase na tensão entre a autodeterminação do paciente e a autonomia técnica do médico, sob a perspectiva do Direito Constitucional e da Bioética. A pesquisa foi conduzida por meio de uma pesquisa qualitativa, de abordagem dedutiva e técnica bibliográfica, utilizando-se de doutrina nacional e internacional, documentos normativos e textos legais, como a Constituição Federal de 1988, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o Código de Ética Médica, entre outros. O estudo parte da análise dos direitos fundamentais no Estado Democrático de Direito, destacando o direito à informação como requisito para o exercício da autonomia em saúde. Em seguida, examina os fundamentos e princípios da bioética, especialmente a autonomia, e seu papel estruturante nas decisões clínicas. Por fim, analisa os limites e possibilidades do exercício autônomo do paciente diante da autoridade técnica do médico, com destaque para a bioética clínica como instrumento de deliberação e equilíbrio ético na prática assistencial. Os resultados indicam que a efetivação da autonomia depende da superação do modelo paternalista, da valorização da escuta e da construção conjunta de decisões informadas. Conclui-se que o respeito à autodeterminação do paciente, aliado à atuação responsável do profissional de saúde, constitui um imperativo ético e constitucional, fundamental para a consolidação de uma prática médica democrática, humanizada e orientada pelos direitos fundamentais.

Palavras-chave: autonomia; bioética; relação médico-paciente; direitos fundamentais; direito à informação.

ABSTRACT

This study aims to analyze autonomy in the doctor-patient relationship, with emphasis on the tension between patient self-determination and the physician's technical autonomy, from the perspective of Constitutional Law and Bioethics. The research was conducted through a qualitative approach, using the deductive method and bibliographic technique, based on national and international doctrine, normative documents, and legal texts such as the 1988 Federal Constitution of Brazil, the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, and the Code of Medical Ethics, among others. The study begins by examining fundamental rights within the framework of the Democratic Rule of Law, highlighting the right to information as a prerequisite for exercising autonomy in healthcare. It then explores the foundations and principles of bioethics, especially autonomy, and its structuring role in clinical decisions. Finally, it addresses the limits and possibilities of autonomous patient decision-making in the face of medical authority, emphasizing clinical bioethics as a tool for ethical deliberation and balance in healthcare practice. The results indicate that the realization of autonomy depends on overcoming the paternalistic model, valuing active listening, and building shared and informed decisions. It is concluded that respect for patient self-determination, combined with the responsible conduct of healthcare professionals, is an ethical and constitutional imperative, essential for the consolidation of a democratic, humanized, and rights-oriented medical practice.

Keywords: autonomy; bioethics; doctor-patient relationship; fundamental rights; right to information.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS E O DIREITO À INFORMAÇÃO	10
2.1 O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO	10
2.2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO	13
2.3 AS DIMENSÕES E GERAÇÕES DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	16
2.4 O DIREITO À INFORMAÇÃO	18
3 BIOÉTICA	23
3.1 BIOÉTICA: BREVE PERSPECTIVA	23
3.2 A BIOÉTICA PRINCIPALISTA	26
3.3 O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA	29
3.4 A AUTONOMIA COMO PRINCÍPIO ESTRUTURANTE DA BIOÉTICA	32
4 A AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE E A AUTONOMIA TÉCNICA DO MÉDICO	36
4.1 A AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE	36
4.2 A AUTONOMIA TÉCNICA DO MÉDICO	39
4.3 OS CONFLITOS ENTRE A AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE E A AUTONOMIA TÉCNICA DO MÉDICO: UMA ANÁLISE A PARTIR DO DIREITO CONSTITUCIONAL E DA BIOÉTICA CLÍNICA	44
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

Preliminarmente, cumpre destacar que a relação entre médico e paciente tem passado por profundas transformações, impulsionadas por mudanças sociais, avanços científicos e pelo fortalecimento de um modelo constitucional orientado pela centralidade da dignidade da pessoa humana. Nesse cenário, a autonomia assume papel fundamental, deixando de ser apenas uma referência filosófica para se tornar um princípio jurídico e ético que norteia as práticas em saúde. O reconhecimento do paciente como sujeito de direitos, capaz de participar ativamente das decisões que envolvem seu corpo e sua saúde marca o deslocamento do tradicional modelo paternalista para uma nova ética do cuidado, baseada na informação, na escuta e na deliberação conjunta.

Entretanto, mesmo diante dessa evolução, persistem tensões na prática clínica entre a vontade informada do paciente e a autoridade técnica do médico. A questão ganha complexidade quando se observa que ambos os polos — o saber técnico e a autodeterminação — são amparados por fundamentos normativos e éticos. Nesse contexto, surge o problema central desta pesquisa: quais são os limites e possibilidades da autonomia na relação médico-paciente, especialmente diante da tensão entre a autodeterminação do paciente e a autonomia técnica do médico, à luz dos princípios constitucionais e bioéticos?

A pesquisa tem como objetivo geral analisar os contornos éticos e jurídicos da autonomia na relação médico-paciente, com enfoque na autodeterminação do paciente e na autonomia técnica do médico, à luz do Direito Constitucional e da Bioética. Para alcançar esse propósito, foram definidos como objetivos específicos: compreender a evolução e o papel dos direitos fundamentais no Estado Democrático de Direito, com ênfase no direito à informação; identificar os principais fundamentos e princípios da bioética aplicáveis à prática médica; examinar o princípio da autonomia como elemento estruturante da bioética e do biodireito; e, por último, refletir sobre os conflitos e as possibilidades de harmonização entre a atuação técnica do médico e as decisões autônomas do paciente com base na bioética clínica.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa adota uma abordagem dedutiva com pesquisa bibliográfica e análise documental. O método de abordagem utilizado é o dedutivo, partindo do marco constitucional brasileiro e dialogando com documentos internacionais, como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da

UNESCO. O estudo objetiva integrar diferentes perspectivas teóricas com vistas à compreensão crítica da realidade prática da relação médico-paciente.

A estrutura do trabalho foi dividida em três capítulos. O primeiro capítulo examina os direitos fundamentais no Estado Democrático de Direito, sua evolução histórica, suas dimensões e a relevância do direito à informação, sobretudo no campo da saúde. O segundo capítulo dedica-se à análise da bioética, apresentando seu desenvolvimento histórico, os fundamentos do modelo principialista e, em especial, o princípio da autonomia como núcleo ético das decisões biomédicas. O terceiro capítulo aprofunda a discussão sobre a autonomia na relação médico-paciente, abordando os conceitos de autodeterminação e autonomia técnica, e explorando os desafios que emergem dessa interação. Nesse ponto, destaca-se a importância da bioética clínica como ferramenta para mediação de conflitos e construção de decisões compartilhadas, respeitadas e informadas.

Assim, o presente trabalho pretende contribuir com o debate acadêmico e profissional sobre a efetivação da autonomia no contexto da saúde, reconhecendo os avanços já alcançados e apontando os desafios que ainda persistem na construção de práticas que respeitem, de forma integrada, tanto o conhecimento técnico do profissional quanto os valores e escolhas do paciente.

2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS E O DIREITO À INFORMAÇÃO

A compreensão dos direitos fundamentais e do direito à informação representa um elemento essencial para a consolidação dos valores democráticos e a proteção da dignidade humana na ordem constitucional contemporânea. Dessa maneira, neste primeiro capítulo, será abordada a posição dos direitos fundamentais no Estado Democrático de Direito.

Em seguida, a exposição tratará da classificação desses direitos, com destaque para suas dimensões ou gerações no âmbito constitucional, conforme a evolução histórica e social. Por fim, a reflexão incidirá sobre o direito à informação como prerrogativa constitucional, explorando sua relação com as liberdades comunicativas e suas dimensões subjetiva e objetiva, além de ressaltar, de forma breve, a sua importância no contexto da saúde.

2.1 O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Para compreender a posição dos direitos fundamentais e o direito à informação no Brasil, é importante esclarecer o contexto em que se insere. O Brasil é estruturado como um Estado Democrático de Direito, conforme dispõe o artigo 1º da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Todavia, para melhor compreensão desse modelo de Estado, torna-se relevante uma breve análise histórica do Estado Moderno, que teve início com o Estado Absolutista.

O Estado Absolutista, nas palavras de Assis (2017), “foi um sistema de governo que se contrapôs ao modelo feudal de Estado, onde a nobreza, dona das terras, possuía um poder absoluto sobre seus servos”. Sendo assim, o absolutismo foi um período marcado por excessos do clero e da nobreza, responsável pela concentração do poder de Estado no continente europeu, com uma forte presença do capitalismo.

Mediante a política mercantilista, ocorreu a “conquista de novos territórios e a exploração de novas rotas comerciais, que mudaram a mentalidade da sociedade europeia” (Assis, 2017). Com isso, a burguesia consolidou seu poder e o Terceiro Estado, representado pela nobreza, o clero e o povo comum, iniciou a reivindicação do voto por cabeça, em substituição ao voto por Estado, o que resultou na Revolução Francesa. Sobre essa temática, esclarece Sarlet (2024, p. 6):

Assim, inevitável o choque de interesses, findando na eclosão de movimentos revolucionários que iriam contestar os privilégios da monarquia do antigo regime, inclusive em termos de movimentos de secessão por parte das colônias, não apenas nos Estados Unidos (1776-1783) e na França (1789-1799) – seguramente as duas mais importantes para o constitucionalismo –, mas também na Irlanda (1783-1784), na Bélgica (1787-1790), na Holanda (1783-1787) e, inclusive, na Inglaterra (1779).

Diante do exposto, a Revolução Francesa figura entre os mais relevantes movimentos revolucionários da história, marcando o declínio do poder absolutista e a ascensão política da burguesia, que deu origem ao chamado Estado Liberal de Direito. Nesse sentido, para Moraes (2024, p. 3), o Estado de Direito, consolidado no contexto do constitucionalismo liberal, assumiu a função de racionalização e humanização do exercício do poder, impondo a necessidade da proclamação de declarações de direitos.

O Estado Liberal de Direito caracteriza-se pela mínima intervenção estatal, pelo respeito aos direitos individuais e pela promoção da liberdade econômica, concebida como princípio central do liberalismo. Por conseguinte, surgem as principais características deste Estado, tais como a separação entre Estado e Sociedade Civil, a garantia das liberdades individuais, a democracia vinculada ao ideário da soberania e o papel reduzido do Estado (Streck; Moraes, 2014, p. 73).

Durante esse período, “o modelo econômico do liberalismo se relaciona com a ideia dos direitos econômicos e de propriedade, individualismo econômico ou sistema de livre empresa ou capitalismo” (Streck; Moraes, 2014, p. 48). Essas questões fundamentaram a construção de um modelo de Estado mínimo, com funções restritas à proteção da propriedade, da segurança e da ordem pública, no qual o foco central recai sobre o indivíduo e sua autonomia.

Todavia, diante das desigualdades geradas pelo modelo liberal, a limitação do Estado no tocante à garantia da ordem e da propriedade mostrou-se insuficiente. Para Streck e Moraes (2014, p. 72), esse contexto impulsionou o surgimento do Estado Social de Direito, cuja atuação passou a abranger prestações estatais e políticas públicas voltadas para a justiça social. Nesse novo cenário, a liberdade deixa de ser apenas ausência de coerção e passa a exigir condições materiais mínimas, superando a lógica individualista do Estado mínimo.

Dessa forma, o surgimento do Estado Social de Direito emerge nesse contexto com o objetivo de garantir direitos sociais como saúde, educação e trabalho digno, não mais como caridade, mas como conquistas da cidadania (Streck; Moraes, 2014,

p. 74). Ainda, os autores destacam que o crescimento do Estado favoreceu a burguesia, ao permitir investimentos em infraestrutura e garantir a estabilidade no processo produtivo (Streck; Moraes, 2014, p. 75).

Outro fator relevante do Estado Social de Direito é a utilização da lei não apenas como instrumento genérico e abstrato, mas como mecanismo com finalidade específica e aplicação direcionada. Assim, a transição do Estado Liberal de Direito implica, igualmente, a ressignificação de seu principal instrumento de atuação: a norma jurídica. Consoante ensina Streck e Moraes (2014, p. 76):

Transmutado em social, o Estado de Direito acrescenta à juridicidade liberal um conteúdo social, conectando aquela restrição à atividade estatal a prestações implementadas pelo Estado. A lei passa a ser, privilegiadamente, um instrumento de ação concreta do Estado, tendo como método assecuratório de sua efetividade a promoção de determinadas ações pretendidas pela ordem jurídica.

Contudo, apesar da incorporação de conteúdos sociais ao Estado, a efetivação da igualdade permanece limitada ao plano formal, sem alcançar sua dimensão material. Salienta Araujo (1997, p. 27) que, embora haja iniciativa do Estado, a igualdade não se efetiva, como demonstra o cenário de conflitos entre burguesia, operariado e camponeses expropriados, revelando a limitação do Estado Social em enfrentar desigualdades sociais históricas.

Em busca pela igualdade material, surge o Estado Democrático de Direito como transformador da sociedade a partir do status *a quo*. Esse Estado representa uma ruptura com os modelos anteriores, ao estabelecer, por meio de constituições diretivas e compromissárias, condições formais e materiais para a transformação da realidade (Streck; Moraes, 2014, p. 80). Logo, há uma forte presença de conquistas democráticas, preocupação social e a manutenção das garantias jurídico-legais.

Ao seguir essa linha de pensamento, em razão da transição para o Estado Democrático de Direito, impõe-se a necessidade de uma lei fundamental, ou seja, uma Constituição, que funcione como base normativa legitimada pela vontade popular (Streck; Moraes, 2014, p. 80). Trata-se de um instrumento que delimita direitos e deveres, refletindo o exercício da soberania popular e, por isso, possui caráter autenticamente democrático.

Nesse modelo de Estado, a lei emana do povo, pois a Constituição traduz os anseios da coletividade. Em síntese, trata-se da aplicação da lei sob a égide do princípio democrático, possibilitando a participação cidadã na construção do Estado e

conferindo legitimidade aos dispositivos normativos. Sob esse aspecto, aduz Alexandre de Moraes (2024, p. 5):

O Estado Democrático de Direito, caracterizador do Estado Constitucional, significa que o Estado se rege por normas democráticas, com eleições livres, periódicas e pelo povo, bem como o respeito das autoridades públicas aos direitos e às garantias fundamentais que é proclamado, por exemplo, no caput do art. 1º da Constituição da República Federativa do Brasil, que adotou, igualmente, em seu parágrafo único, o denominado princípio democrático ao afirmar que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição [...]”.

Desse modo, o Brasil é instituído como Estado Democrático de Direito, de acordo com o artigo 1º da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que consagra os seus corolários fundamentais, resultantes da integração de elementos próprios dos modelos estatais que o antecederam. Nas palavras de Moraes (2024, p. 4), “o Estado Constitucional configura-se, portanto, como uma das grandes conquistas da humanidade, que, para ser um verdadeiro Estado de qualidades no constitucionalismo moderno, deve ser um Estado Democrático de Direito”.

Diante das considerações realizadas, esse modelo estatal é orientado pela soberania popular, pela justiça social e pela efetivação da dignidade da pessoa humana. Tais direitos, portanto, não são apenas proclamados, mas constituem o núcleo estruturante do ordenamento jurídico e da própria vida em sociedade, sendo assegurado em um amplo rol de direitos e garantias fundamentais. Nesse contexto, o subtópico a seguir abordará a posição dos direitos fundamentais no Estado Democrático de Direito.

2.2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

No Brasil, os direitos fundamentais ocupam posição central na Constituição Federal de 1988, sendo consagrados como pilares do Estado Democrático de Direito. Conforme Bobbio (2004), os direitos fundamentais são definidos como os direitos do homem, nas dimensões individual e coletiva, perante o Estado e os demais indivíduos no contexto da Constituição formal e material. Para uma análise mais abrangente do tema, é imperioso destacar o contexto histórico de sua criação.

Entre os anos de 1964 e 1985, o Brasil vivenciou o período da ditadura militar, no qual as garantias individuais sociais eram constantemente violadas ou quase inexistentes. Por esses motivos, a sociedade passou a almejar um novo texto

constitucional que garantisse o mínimo necessário para uma vida digna e oferecesse proteção efetiva contra os abusos do poder estatal. Assim menciona Sarlet (2024, p. 194):

O Brasil experimentou no período de 1964 até a promulgação da CF de 1988 um processo complexo de ruptura, ascensão, auge e distensão de uma ditadura, seguida de uma reconstitucionalização democrática e pacífica, que viabilizou uma nova ordem constitucional capaz de assegurar estabilidade institucional ao País.

Nessa perspectiva, a recorrente violação a princípios e direitos essenciais durante o regime de exceção constituiu a principal justificativa para a consagração dos direitos fundamentais na nova ordem constitucional. A primeira referência expressa a esses direitos no texto constitucional é prevista no artigo 1º, inciso III, que estabelece como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana (Brasil, 1988).

De acordo com Sarlet (2024, p. 205), a dignidade da pessoa humana constitui a base de todos os direitos fundamentais, sendo um princípio estruturante e elemento comum a todas as matérias relacionadas a esses direitos, o que evidencia sua centralidade no sistema jurídico brasileiro. Assim, essa escolha revela o compromisso da nova ordem constitucional com a proteção da pessoa como centro das políticas e ações estatais.

Ao seguir essa linha de raciocínio, ensina Sarmento (2016, p. 74): “o certo é que os pilares da ordem constitucional brasileira convergem para uma compreensão da pessoa humana como *centro e razão última da ordem jurídica*” (grifos do autor). Logo, o ser humano detém o direito de ter sua dignidade, tanto em sua esfera individual quanto coletiva, respeitada e promovida pelo Estado. Este, por sua vez, assume o dever de assegurar as condições necessárias para a concretização desse valor fundamental.

Ainda, a dignidade da pessoa humana irradia seus efeitos sobre todo o conjunto de direitos fundamentais consagrados na Constituição de 1988, servindo como base principiológica para a estruturação do Título II, intitulado “Dos Direitos e Garantias Fundamentais” (Brasil, 1988). Esse título, conforme destaca Moraes (2024, p. 34), está dividido em cinco capítulos, contemplando os direitos individuais e coletivos, os direitos sociais, a nacionalidade, os direitos políticos e os partidos políticos.

Nessa linha, o artigo 5º da Constituição, inserido no Capítulo I, é reconhecido como o núcleo dos direitos fundamentais individuais e coletivos, consolidando um

extenso rol de garantias voltadas à proteção da liberdade, da igualdade, da segurança e da propriedade (Brasil, 1988). Contudo, ressalta Sarlet (2024, p. 264) que a proteção conferida pelos direitos fundamentais não se restringe a esse dispositivo, estando também presente em diversos outros artigos constitucionais.

Sob o mesmo raciocínio, afirma Gonçalves (2017, p. 324):

Nesses termos, a classificação "não leva a sério" o sistema de direitos fundamentais previsto na Constituição, que vai muito além do Título II explicitado no diploma Constitucional. Como exemplos, podemos citar: direitos econômicos (art. 170), direitos ambientais (art. 225), direitos à educação (art. 205), direitos à saúde (art. 196), entre outros.

Além disso, a centralidade dos direitos fundamentais na Constituição vigente também se revela em sua força normativa. Nos termos do § 1º do artigo 5º, tais direitos possuem aplicação imediata, o que significa que independem de regulamentação infraconstitucional para produzirem efeitos (Moraes, 2024, p. 34). Portanto, trata-se de uma eficácia plena e direta, exigindo dos poderes públicos e da sociedade o respeito e a promoção de seu conteúdo.

Ademais, esses direitos são dotados de cláusula pétrea, conforme dispõe o inciso IV do artigo 60, § 4º, o que impede sua abolição por meio de emenda constitucional (Brasil, 1988). Nesse sentido, é proibida a abolição ou modificação de tais direitos, tendo em vista o caráter estruturante no ordenamento jurídico, o que evidencia o compromisso do constituinte originário com a preservação de um núcleo essencial de garantias voltadas à dignidade da pessoa humana.

Nesse íterim, os direitos fundamentais também possuem certas características intrínsecas que contribuem para sua efetividade e estabilidade normativa. Nas lições de Gonçalves (2017, p. 343), são direitos universais, inalienáveis, imprescritíveis e interdependentes, ou seja, aplicam-se a todos os indivíduos. Portanto, estes não podem ser renunciados, não se perdem com o tempo e demandam uma realização conjunta do Estado e da sociedade, em prol da sua efetivação, garantindo a dignidade da pessoa humana e a justiça social.

Nesse contexto, a Constituição de 1988 surgiu como marco essencial para a reconstrução do Estado Democrático de Direito, consolidando um novo modelo de proteção dos direitos fundamentais, cuja evolução pode ser compreendida por meio da teoria das dimensões, abordada no subtópico a seguir. A partir dessa perspectiva, torna-se possível identificar não apenas a expansão quantitativa dos direitos, mas

também a mudança qualitativa em sua compreensão e aplicabilidade, conforme a sua evolução histórica e social.

2.3 AS DIMENSÕES E GERAÇÕES DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

De início, é importante destacar que a compreensão dos direitos fundamentais no constitucionalismo contemporâneo exige o reconhecimento de sua natureza dinâmica, histórica e multifacetada, conforme o contexto político e as demandas sociais predominantes em cada período histórico. Isto é, para além da enumeração positiva no texto constitucional, esses direitos revelam um processo evolutivo influenciado pelas transformações políticas, sociais, econômicas e culturais da humanidade.

O jurista Karel Vasak formulou, inicialmente, a teoria das dimensões no âmbito da conferência no Instituto Internacional de Direitos Humanos, na década de 1970, na cidade de Estrasburgo, inspirando-se nos ideais da Revolução Francesa (Sarlet, 2024, p. 254). Sendo assim, Vasak propôs a divisão dos direitos fundamentais em três gerações, também denominadas dimensões, considerando a evolução do Estado Moderno, que teve início com o Estado Liberal, passou pelo Social e hoje se encontra no Estado Democrático de Direito.

Nos ensinamentos de Bonavides (2004, p. 563): “os direitos fundamentais passaram na ordem institucional a manifestar-se em três gerações sucessivas, que traduzem sem dúvida um processo cumulativo e quantitativo”. Nesse sentido, os direitos fundamentais podem ser classificados como de primeira geração, segunda geração ou terceira geração ou dimensão.

Destaca-se que há críticas contra o termo “gerações”, tendo em vista o caráter progressivo dos direitos fundamentais, decorrente de um processo cumulativo, de complementaridade (Sarlet, 2024, p. 255). Por essa razão, parte da doutrina prefere a terminologia “dimensões”, que reflete de maneira mais precisa a interdependência e simultaneidade desses direitos, reafirmando que a incorporação de novos direitos não implica a superação dos anteriores.

Nesse contexto, ao considerar os direitos fundamentais como dimensões interconectadas e não como etapas superadas, é possível compreender a primeira dimensão desses direitos, consolidada com o advento do Estado liberal. Para Bonavides (2004, p. 563), são aqueles que visam a proteção do indivíduo contra

ingerências indevidas do Estado, a exemplo do direito à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade. Portanto, são classificados como os direitos civis e políticos, sendo inerentes à pessoa humana.

Com a consolidação dos direitos civis e políticos, o foco dos movimentos sociais e políticos se voltou para a promoção da igualdade material, evidenciando a necessidade de superar as desigualdades econômicas e sociais que persistiam mesmo diante das garantias liberais. Nesse sentido, emerge a segunda dimensão dos direitos fundamentais, marcada pela busca por justiça social e pela atuação positiva do Estado na promoção do bem-estar coletivo (Sarlet, 2024, p. 257).

Nesse viés, esclarece Bonavides (2004, p. 565) que os direitos de segunda dimensão “são direitos sociais, culturais e econômicos, bem como os direitos coletivos ou de coletividades”. Esses direitos representam um avanço em relação à primeira dimensão, pois não se limitam à proteção individual, mas abrangem grupos sociais, comunidades e categorias profissionais. Assim, esses direitos refletem a transição do Estado Liberal para o Estado Social, que assume a responsabilidade de promover a inclusão social e a proteção coletiva.

Posteriormente, com o fortalecimento do Estado Social e a consolidação dos direitos sociais, econômicos e culturais, emergiu a necessidade de reconhecer direitos que ultrapassem os interesses individuais e coletivos, voltando-se para a proteção de interesses difusos e universais. Conforme Bonavides (2004, p. 569), o surgimento da terceira dimensão “se caracteriza pelo reconhecimento de direitos que dizem respeito não apenas ao indivíduo ou ao grupo, mas à própria humanidade”.

Nesse sentido, essa evolução evidencia que os direitos fundamentais não se limitam à proteção dos indivíduos e grupos sociais, mas se expandem para incluir valores coletivos e intergeracionais, fundamentais para a preservação da vida em sociedade. Nos ensinamentos de Sarlet (2024, p. 258), os direitos de terceira dimensão mais abrangentes são:

Dentre os direitos fundamentais da terceira dimensão mais citados, cumpre referir os direitos à paz, à **autodeterminação dos povos**, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e qualidade de vida, bem como o direito à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural e o **direito de comunicação** (grifos acrescentados).

Por conseguinte, a terceira dimensão dos direitos fundamentais reflete as demandas por solidariedade e pela proteção de bens comuns da humanidade, como o meio ambiente, a paz, o desenvolvimento sustentável, o patrimônio cultural e os

direitos das futuras gerações. Para Gonçalves (2017, p. 318), esses direitos formam a base para a consolidação da cidadania e da liberdade em um cenário global marcado pela intensa integração econômica e política, ressaltando a importância de uma perspectiva universal para a concretização dos direitos fundamentais.

Por outro viés, embora a teoria clássica reconheça três gerações de direitos fundamentais, alguns doutrinadores propuseram a inclusão de uma quarta dimensão para acompanhar as transformações sociais e tecnológicas do Estado Democrático de Direito. Nesse sentido, para Bonavides (2004, p. 572), essa dimensão fortalece a cidadania e a soberania popular ao garantir o acesso à informação, a liberdade de imprensa, a transparência governamental e a inclusão digital, elementos de plena participação cívica. Assim, são direitos relacionados à democracia, à informação, ao pluralismo, à bioética e à participação política.

Portanto, a transmissão dos direitos fundamentais é essencial para a realização da justiça social e o fortalecimento do pacto constitucional. Ainda, é importante esclarecer que existem doutrinadores que defendem a existência dos direitos de quinta e sexta dimensão, considerando as rápidas transformações tecnológicas e os desafios éticos contemporâneos. Todavia, na visão de Sarlet (2024, p. 259), não há consenso na doutrina sobre o tipo de conteúdo dessa espécie de direito.

Superada a análise histórica e o desdobramento dos direitos fundamentais na Constituição Federal e suas gerações, torna-se necessário aprofundar a reflexão sobre o direito à informação, que se classifica como um direito multifacetado, dada a sua influência em diferentes dimensões e distintas esferas jurídicas. Por fim, a análise do direito à informação justifica seu tratamento em tópico próprio, em razão da sua relevância para a concretização dos direitos fundamentais contemporâneos.

2.4 O DIREITO À INFORMAÇÃO

Conforme Barroso (2018), muitos direitos fundamentais possuem uma estrutura complexa e multifacetada, como o direito à informação, que se desdobra no direito de informar, ser informado e acessar a informação, sendo essencial ao exercício da cidadania e à legitimação do poder político. Assim, o direito à informação configura-se como um direito multifacetado, integrante da terceira dimensão dos direitos fundamentais, ao transcender interesses individuais e incluir a proteção de

interesses difusos e coletivos, promovendo a solidariedade e a participação democrática.

Segundo Gonçalves (2017, p. 558-559), o direito à informação pode ser definido como o poder jurídico de acessar dados e conhecimentos necessários para a formação de opiniões, a tomada de decisões informadas e a plena participação na vida social e política. Nesse sentido, essa prerrogativa se manifesta tanto na dimensão individual, assegurando ao indivíduo a liberdade de buscar e receber informações, quanto na dimensão coletiva, permitindo a construção de uma sociedade mais consciente e politicamente ativa.

No cenário internacional, esse direito possui raízes históricas que remontam à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, cujo artigo 19 consagra a liberdade de opinião e expressão, incluindo o direito de buscar, receber e difundir informações por quaisquer meios e independentemente de fronteiras (Organização das Nações Unidas, 1948). Nesse aspecto, esse dispositivo estabelece as bases para o direito à informação como um elemento essencial para a promoção da cidadania global e a preservação das liberdades democráticas.

Além disso, no contexto latino-americano, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, adotada em 1969 e incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº 678/1992 (Brasil, 1992), também consagra este direito em seu artigo 13, que assegura a liberdade de pensamento e expressão, incluindo o direito de procurar, receber e difundir informações sem interferências (Organização dos Estados Americanos, 1969).

No Brasil, anteriormente à criação da Constituição de 1988, vivenciou-se o período da ditadura militar, com limitação a diversos direitos, em especial o direito à informação. Posteriormente, no período de redemocratização do país e com a promulgação da Constituição de 1988, o direito à informação foi expressamente positivado, consolidando-se como um dos pilares do Estado Democrático de Direito. Segundo Sarlet (2014, p. 24), “com o advento da CF/1988, redemocratizado o país, a cidadania readquire a plena liberdade de expressão, seja no exercício da opinião, da consciência, ou da informação em todos os seus amplos conteúdos significantes”.

A Constituição de 1988, em seu artigo 5º, incisos XIV e XXXIII, consagra expressamente o direito à informação e o sigilo das fontes (Brasil, 1988):

Art. 5º XIV - É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

(...)

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

Nesse sentido, Sarlet (2024, p. 492) aponta que, embora a liberdade de expressão esteja presente desde 1824, apenas com a Constituição de 1988 o direito à informação e o sigilo das fontes foram expressamente previstos. Dessa forma, o direito à informação configura-se como um direito essencial para todas as sociedades democráticas, sendo um pilar para a cidadania ativa e o controle social.

Ademais, a promulgação da Lei nº 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), se tornou um marco importante, no sentido de regulamentar o direito de acesso a informações públicas, estabelecendo mecanismos para garantir a transparência na administração pública e fortalecer o controle social (Sarlet, 2014, p. 31). Assim, trata-se de uma lei fundamental para consolidar a cultura da transparência no Brasil, definindo critérios para a divulgação de informações e impondo responsabilidades aos órgãos públicos no fornecimento de dados da sociedade.

Para Martins (2014), o direito à informação não se confunde com o direito de acesso à informação, sendo este último previsto no inciso XXXIII do mesmo artigo constitucional, que se refere especificamente ao acesso a informações públicas sob a guarda do Estado. Nesse contexto, é fundamental distinguir entre o direito à informação e o direito de acesso à informação, diante das suas características próprias.

Sob esse viés, Sarlet (2024, p. 491) também esclarece que o direito à informação abrange um espectro mais amplo, englobando tanto o direito de ser informado quanto o direito de informar e de buscar informações, aspectos essenciais para o pleno exercício da democracia e para a construção de uma sociedade consciente e participativa.

Ainda nas lições de Sarlet (2024, p. 491):

O direito à informação, aqui na perspectiva do direito de ser informado e do acesso à informação, passou, outrossim, a operar como elemento central de um Estado Democrático de Direito, seja pelo fato de permitir o exercício consciente e responsável da cidadania e dos direitos políticos, seja como meio de assegurar o controle social e a transparência e publicidade por parte do poder público e dos seus atos.

Nota-se, portanto, que o direito à informação é mais amplo e abrange tanto a liberdade de informar quanto de ser informado. Já o direito de acesso à informação refere-se especificamente ao direito de acessar dados públicos em poder do Estado.

Conforme Martins (2014), essa distinção é essencial para garantir a transparência governamental sem comprometer a proteção de dados pessoais e informações sensíveis, como aquelas relacionadas à saúde e à privacidade dos cidadãos. Portanto, a diferenciação exposta é particularmente relevante diante dos desafios trazidos pela era digital, considerando que a evolução tecnológica trouxe novos desafios ao direito à informação. É imperioso destacar os ensinamentos de Sarlet sobre o tema (2014, p. 14):

No âmbito do direito constitucional brasileiro, o direito da informação (compreendido, como indicado, em sentido abrangente) encontra abrigo no dever do Estado de promover, apoiar e incentivar o desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação tecnológicas.

A partir do contexto tecnológico e da centralidade do direito à informação, é possível destacar o seu papel fundamental no âmbito da saúde. A Constituição Federal, em seus arts. 6º e 196, consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Nesse cenário, o direito à informação constitui dimensão indispensável para a efetividade do direito à saúde, uma vez que o acesso a dados claros e precisos sobre diagnóstico, alternativas terapêuticas e riscos inerentes aos procedimentos médicos é requisito fundamental para a preservação da dignidade e da integridade física e psíquica do paciente (Porto; Araruna, 2016, p. 207). Assim, a proteção constitucional do direito à saúde compreende o direito à informação, configurando um elemento essencial na efetividade dos direitos fundamentais.

Nesse íterim, a informação desempenha papel central na promoção da segurança do paciente, sendo reconhecida como um dos pilares para a prevenção de danos no âmbito das práticas em saúde. A adequada comunicação entre médico e paciente fortalece a confiança nas relações assistenciais, contribuindo significativamente para evitar falhas e assegurar um ambiente seguro, em consonância com o dever constitucional de proteção à saúde (Pazinatto, 2019).

Sob essa perspectiva, Sousa e Mendes (2016) destacam que a disponibilização de informações claras, precisas e compreensíveis ao paciente constitui medida crucial para reduzir riscos e garantir a qualidade do atendimento. Assim, a inter-relação do direito à informação com o direito à saúde detém destaque no ordenamento jurídico brasileiro, efetivando a promoção dos direitos fundamentais, e assegurando ao paciente uma participação consciente nas decisões sobre seu tratamento.

Ao seguir essa linha de raciocínio, o direito à informação representa um componente essencial para a efetividade do direito à saúde, promovendo uma comunicação clara e acessível como imperativo constitucional, que visa garantir não apenas a proteção à saúde, mas também a dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito (Brasil, 1988). Segundo Bernstein (2012), o direito à informação, que pertence ao paciente, coloca-o no centro da relação, possibilitando que tenha conhecimento sobre seu estado de saúde, o diagnóstico e os eventuais riscos envolvidos.

O direito à informação é, portanto, indispensável para consolidar uma relação médico-paciente pautada na confiança, transparência e ética — aspectos que serão aprofundados na análise da bioética. A bioética, nesse contexto, orienta a prática médica, assegurando que a relação entre médico e paciente respeite princípios éticos que valorizam o direito à informação e, conseqüentemente, à autodeterminação enquanto forma de expressão da autonomia.

Diante disso, o próximo capítulo aprofundará o estudo da bioética, explorando seu histórico, conceitos e princípios fundamentais, discorrendo acerca da bioética principialista, com ênfase na autonomia como princípio estruturante para a prática biomédica, ambos guiados pelo princípio da dignidade da pessoa humana e pela proteção do direito fundamental à informação e à autodeterminação.

3 BIOÉTICA

Ao analisar o direito à informação no contexto dos direitos fundamentais, tornou-se evidente a necessidade de aprofundar a compreensão sobre os elementos éticos que permeiam a relação médico-paciente. A informação adequada e clara constitui um aspecto essencial na promoção da autonomia do paciente, conectando-se diretamente com princípios éticos que orientam a atuação médica.

Nesse sentido, a bioética surge como um campo indispensável para compreender os limites e as possibilidades dessa relação, especialmente diante dos avanços científicos e tecnológicos. A seguir, será abordada a bioética sob uma perspectiva histórica e conceitual, com destaque para seus princípios estruturantes e, em especial, o princípio da autonomia.

3.1 BIOÉTICA: BREVE PERSPECTIVA

A bioética, como campo interdisciplinar, surge da necessidade de refletir sobre as questões éticas que emergem das práticas biomédicas e das inovações científicas. Em um cenário marcado por avanços tecnológicos rápidos e dilemas éticos complexos, a bioética se estabelece como um guia fundamental para assegurar o respeito à dignidade humana.

Nesse contexto, é essencial compreender a evolução histórica, os conceitos fundamentais e os princípios que estruturam essa disciplina, a fim de explorar as bases que sustentam a relação entre médicos e pacientes no contexto contemporâneo. Em uma perspectiva histórica, as raízes da bioética remontam aos escritos do oncologista Van Rensselaer Potter, que cunhou o termo bioética em 1970, ao propor uma “ponte para o futuro”, unindo biologia, ecologia, medicina e valores humanos em uma visão integrada para a sobrevivência da humanidade (Potter, 1970).

Nesse íterim, Potter argumentava que, diante dos rápidos avanços científicos e tecnológicos, era necessário um novo campo de reflexão ética que orientasse as ações humanas em relação ao meio ambiente, à saúde e à qualidade de vida, baseado no conhecimento científico e em valores morais. Sobre o exposto, convém destacar os esclarecimentos de Schramm (2011):

Em particular, Potter queria estabelecer uma relação de diálogo entre a ciência da vida e a sabedoria prática, ou seja, entre os campos do bíos e do

ethos, que é de onde surgiu o neologismo bioética, atualmente incorporado nos vocabulários da filosofia, das ciências da vida e da saúde, e, em geral, das ciências humanas e sociais, inclusive em suas aplicações, **como o Direito...** (grifos acrescentados).

Nesse sentido, observa-se que a bioética, ao estabelecer esse diálogo entre a ciência e a ética, ampliou seu campo de incidência, alcançando também as esferas normativas do Direito. Dessa interlocução surgiu o biodireito, que pode ser compreendido como o conjunto de normas jurídicas que regulam as questões éticas relacionadas à vida, à saúde e à biotecnologia, oferecendo respostas jurídicas às problemáticas suscitadas pelos avanços científicos e pela complexidade das relações biomédicas (Diniz, 2010).

Dessa maneira, na etimologia da palavra bioética, o termo “bio”, de origem grega, significa vida, podendo ser compreendido em um sentido amplo, que abrange o bem-estar dos seres humanos, dos animais e do meio ambiente. Já o termo “ética” se refere à análise das práticas desenvolvidas nas ciências da vida, medicina e cuidados de saúde, considerando não apenas os aspectos técnicos, mas também os valores humanos que orientam essas ações (Stigar *et al.*, 2017).

Além desses marcos conceituais, a bioética também emergiu como resposta às graves violações dos direitos humanos ocorridas no contexto médico e científico ao longo do século XX. Entre os exemplos mais notórios estão os julgamentos de Nuremberg, realizados em 1945, que levaram à condenação de médicos e cientistas alemães por experimentos desumanos conduzidos em prisioneiros durante a Segunda Guerra Mundial (Greco; Welsh, 2016). Como consequência, foi criado o Código de Nuremberg no ano de 1947, que estabeleceu princípios fundamentais para a pesquisa médica, como o consentimento livre e esclarecido e o respeito à dignidade humana.

Ademais, em 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas promulgou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, reafirmando o compromisso global com a dignidade e os direitos fundamentais, em resposta às atrocidades cometidas durante o conflito mencionado (ONU, 1969).

Outrossim, nesse mesmo período ocorreram outros episódios, como os experimentos realizados no Hospital Estatal de Willowbrook, em Nova York, entre 1940 e 1970, onde crianças com deficiência foram deliberadamente expostas ao vírus da hepatite; e o caso do Hospital Israelita de Doenças Crônicas, em 1963, onde células cancerígenas foram inoculadas em pacientes idosos sem o seu consentimento (Missouri Western State University, 2025).

Outro caso marcante foi o Estudo de Tuskegee, conduzido até 1972, no estado do Alabama, em que cerca de 400 homens negros com sífilis foram intencionalmente deixados sem tratamento para que os pesquisadores pudessem observar a progressão natural da doença, mesmo após a descoberta da penicilina como tratamento eficaz (Heck, 2005, p. 128).

Considerando as graves violações aos direitos humanos e a comoção pública que esses casos geraram, o governo dos Estados Unidos instituiu a National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos de Pesquisa Biomédica e Comportamental), que elaborou, em 1978, o Relatório Belmont.

O Relatório Belmont tornou-se um marco teórico na institucionalização da bioética e sistematizou três princípios fundamentais: respeito pelas pessoas, associado à autonomia; beneficência, que envolve maximizar benefícios e minimizar danos; e justiça, relacionada à distribuição equitativa dos riscos e benefícios da pesquisa (Greco; Welsh, 2016). Portanto, considerando a ocorrência de inúmeras violações aos direitos humanos, a bioética se apresenta não apenas como uma disciplina teórica, mas como um campo prático e normativo, que busca oferecer soluções para conflitos éticos complexos, visando a proteção dos direitos humanos no contexto da saúde.

A partir da concepção inicial do Relatório de Belmont, a bioética foi progressivamente se consolidando como um campo sistemático e aplicável às diversas situações clínicas e de pesquisa. Nesse contexto, foi desenvolvida a proposta de Tom Beauchamp e James Childress, em 1979, com a criação da obra *Principles of Biomedical Ethics*, no qual expandiram e consolidaram a perspectiva principialista, fundamentando a ética biomédica em quatro princípios amplamente reconhecidos na atualidade.

Sob tal aspecto, a obra supracitada integrou um novo princípio, além de substituir o princípio de respeito às pessoas pela autonomia, como afirmam Diniz e Guilhem (2012, p. 39):

As novidades, portanto, o princípio da não maleficência, que para muitos autores seria uma declinação do mandamento hipocrático de beneficência, e a substituição do princípio de respeito às pessoas pela autonomia foram duas mudanças de forte impacto para a bioética dos anos 1970.

Assim, foram incorporados os princípios da Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça, tendo em vista que os autores ofereceram uma metodologia normativa aplicável tanto à pesquisa quanto à prática clínica, que passou a orientar, de forma significativa, a conduta ética nas ciências da saúde e a relação médico-paciente (Beauchamp e Childress, 2013). A partir dessa base normativa, a bioética principialista propõe um modelo estruturado em quatro princípios fundamentais, capazes de orientar a tomada de decisões éticas na pesquisa e na prática clínica.

Esses princípios — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — foram concebidos por Beauchamp e Childress (2013) como critérios de avaliação moral universais, permitindo uma aplicação prática diante dos dilemas complexos que envolvem o cuidado em saúde. É importante frisar que esses princípios não possuem caráter absoluto, mas são considerados *prima facie*, ou seja, orientam as ações e, por serem amplamente aceitos entre diversas teorias éticas, adquirem um caráter universal (Yunta, 2009, p. 02). Nesse sentido, o conceito de *prima facie* revela que, embora os princípios da bioética detenham uma força normativa importante, eles não são absolutos, podendo ser superados em determinadas circunstâncias por outros valores ou deveres éticos, a depender do caso concreto.

No campo da filosofia moral, especialmente na obra de William David Ross, os deveres *prima facie* são compreendidos como obrigações que possuem um peso moral relevante e que devem ser consideradas na deliberação ética, mas que podem ser contrabalançadas por outros deveres em situações de conflito (Ross, 1930). Por isso, sua força normativa é provisória ou relativa, mas ainda assim normativa, pois orienta a ação até que se realize uma ponderação entre os princípios em jogo.

Diante do exposto, na bioética principialista de Beauchamp e Childress, no livro *Principles of Biomedical Ethics*, também é utilizado o termo *prima facie* para caracterizar os quatro princípios bioéticos. No subtópico a seguir, serão apresentados os fundamentos e os desdobramentos de cada um desses princípios.

3.2 A BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

Diante dessa estrutura conceitual, a bioética principialista figura como uma das principais correntes da ética biomédica, justamente por propor uma abordagem pluralista e pragmática, apta a orientar a tomada de decisões em contextos clínicos e de pesquisa. O modelo desenvolvido por Beauchamp e Childress apresenta uma

flexibilidade normativa, oferecendo princípios amplos que abrangem diversas situações, mas também específicos o bastante para fornecer diretrizes claras na condução ética das práticas em saúde (Beauchamp; Childress, 2013).

Nesse viés, o primeiro princípio bioético a ser analisado corresponde à Beneficência, que expressa a obrigação ética de promover o bem-estar das pessoas envolvidas na prática clínica e na pesquisa biomédica. Esse princípio impõe aos profissionais de saúde o dever de maximizar benefícios e prevenir danos, orientando intervenções que favoreçam a saúde, a segurança e a qualidade de vida dos pacientes e sujeitos de pesquisa (Beauchamp; Childress, 2013).

Os autores destacam que a beneficência exige uma análise criteriosa dos benefícios e dos riscos envolvidos em qualquer intervenção médica, registrando os limites éticos de importância, ou seja, o que seria considerado “bom” para o paciente sem sua autorização (Beauchamp; Childress, 2013).

Ademais, nas lições de Beauchamp e Childress (2013), o princípio da Beneficência apresenta duas vertentes complementares. A primeira corresponde à beneficência positiva, que exige do médico ou pesquisador uma atuação orientada para o bem do paciente, promovendo ações que visem melhorar sua saúde, aliviar o sofrimento ou prevenir danos. Nesse aspecto, a conduta ética não se limita a evitar prejuízos, mas demanda uma postura ativa na proteção e promoção do bem-estar.

No tocante a segunda vertente, refere-se ao princípio da utilidade, que orienta a atuação médica ou científica no sentido de buscar resultados efetivamente benéficos, evitando tratamentos fúteis ou desnecessários. Assim, a decisão ética deve considerar uma avaliação cuidadosa das vantagens e desvantagens que determinado tratamento ou procedimento pode trazer ao paciente (Beauchamp; Childress, 2013). Portanto, a beneficência é identificada como um princípio que engloba tanto ações de prevenção de danos quanto intervenções para promover o bem-estar.

Em complemento à beneficência, surge o princípio da Não Maleficência, cuja essência consiste na proibição de causar dano intencional aos pacientes ou sujeitos de pesquisa. Conforme destacam Beauchamp e Childress (2013), esse princípio impõe um dever ético negativo, ou seja, orienta os profissionais da saúde a evitarem ações que possam provocar prejuízos, reforçando o compromisso com a proteção da integridade física e moral das pessoas. Nesse sentido, a não maleficência reforça a responsabilidade do profissional em adotar uma postura cautelosa, zelando pela segurança do paciente em todas as intervenções.

Além disso, a não maleficência funciona como um pressuposto essencial para a atuação clínica responsável, na medida em que impede a adoção de procedimentos potencialmente lesivos ou desprovidos de justificativa terapêutica. Nessa esfera, a prática médica e a pesquisa biomédica devem sempre priorizar a prevenção de danos evitáveis, assegurando que os riscos envolvidos sejam reduzidos ao mínimo compatível com os benefícios esperados (Beauchamp; Childress, 2013). Dessa forma, qualquer intervenção que envolva riscos precisa ser cuidadosamente avaliada, com base na premissa ética de que não causar dano é um princípio indispensável no exercício profissional da saúde.

Tendo em vista os pressupostos esclarecidos sobre a beneficência e não maleficência, destacam-se as ideias de Matos (2009):

O princípio da beneficência traduz-se no atuar médico sempre em busca do fazer o bem ao paciente, avaliando os riscos e sopesando o mal causado em busca de um bem incerto ou menor. Daí, também, a consagração atual do princípio da não-maleficência, que é o não causar o mal, maximizando os benefícios e minimizando os riscos possíveis.

Na sequência, destaca-se o princípio da Justiça, que possui uma relevância fundamental tanto na prática clínica quanto na condução de pesquisas biomédicas. De acordo com Beauchamp e Childress (2013), esse princípio estabelece a necessidade de garantir uma distribuição justa e equitativa dos recursos em saúde, assegurando que todos tenham acesso adequado aos cuidados médicos, especialmente em contextos de escassez ou limitação de recursos públicos. Logo, tal perspectiva reforça a importância de políticas e práticas que promovam a equidade, evitando desigualdades no atendimento e assegurando que a assistência em saúde seja pautada pela responsabilidade social.

Outrossim, a justiça orienta a adoção de critérios éticos e transparentes na seleção dos sujeitos de pesquisa, evitando práticas discriminatórias ou que possam expor indevidamente grupos vulneráveis a riscos desproporcionais. Assim, o dever de observância desse princípio visa impedir a perpetuação de injustiças históricas, assegurando que as decisões relacionadas à inclusão em protocolos de pesquisa respeitem a dignidade e os direitos fundamentais de todos os indivíduos (Beauchamp; Childress, 2013).

Importante frisar os ensinamentos de Diniz e Guilhem sobre tal princípio (2012, p. 42):

Por fim, o princípio da justiça foi o que menor força adquiriu na proposta teórica do princípalismo. Dentre uma gama possível de razões, Beauchamp e Childress sugerem que a ausência se deve ao fato de o princípio da justiça ser um referencial de maior peso argumentativo e crítico entre outras áreas do direito, tais como a saúde pública, economia ou a política.

Diante dos fatos supracitados, os princípios da Beneficência, Não Maleficência e Justiça se articulam como fundamentos indispensáveis para a prática biomédica, oferecendo orientações para promover o bem, evitar danos e garantir a distribuição equitativa de benefícios e encargos (Beauchamp; Childress, 2013).

Dada a centralidade do princípio da autonomia na relação médico-paciente e na fundamentação do direito à autodeterminação, sua análise será desenvolvida em tópico próprio, de modo a aprofundar suas especificidades e implicações éticas e jurídicas ao longo deste trabalho.

3.3 O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

O princípio da autonomia representa uma das bases fundamentais da bioética contemporânea, tendo sido consolidado sobretudo a partir da obra clássica *Princípios da Ética Biomédica*. Conforme Beauchamp e Childress (2013), a autonomia refere-se à capacidade do indivíduo deliberar sobre seus próprios objetivos, formular escolhas e agir de acordo com valores e crenças pessoais. Dessa maneira, a autonomia, nesse modelo, é o agir segundo a sua própria capacidade de se autodeterminar, autogovernar e auto decidir, dentro de uma lei universal imposta a si, sem influência de terceiros e segundo suas próprias razões.

Sobre a etimologia da palavra autonomia, aduz Sarmiento (2016, p. 139): “A palavra autonomia é de origem grega: autodesigna a própria pessoa, e *nomos* é a lei. Etimologicamente, autonomia é a capacidade de ditar as normas que regem a própria conduta”. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2013) enfatizam que o princípio da autonomia deve ser entendido tanto como uma capacidade psicológica quanto como um direito moral. Sendo assim, o respeito à autonomia implica reconhecer e valorizar a competência dos indivíduos para tomar decisões que afetem diretamente as suas vidas, especialmente no campo biomédico.

As lições de Diniz e Guilhem (2012, p. 45) reforçam os ensinamentos dos bioeticistas, esclarecendo que o princípio da autonomia assumiu o maior peso na bioética, considerando que o pré-requisito para o exercício das moralidades é a

existência de uma pessoa autônoma. Tal concepção demonstra a centralidade desse princípio para a fundamentação das práticas biomédicas contemporâneas, ressaltando que sem sujeitos capazes de se autodeterminar não há espaço para a efetivação de uma ética que respeite as escolhas individuais.

Além disso, Beauchamp e Childress (2013) distinguem dois aspectos essenciais relacionados à autonomia: o respeito à autonomia e a promoção da autonomia. O primeiro diz respeito à obrigação negativa de não interferir indevidamente nas escolhas dos indivíduos, enquanto o segundo impõe um dever positivo de criar condições que favoreçam a capacidade autônoma de decisão. Esse desdobramento é relevante, pois evidencia que a autonomia não se limita à abstenção de interferência, mas também demanda ações proativas que garantam que os sujeitos estejam aptos a tomar decisões informadas.

Nesse sentido, a autonomia está intimamente relacionada com a ideia de empoderamento do paciente. Segundo Beauchamp e Childress (2013), apenas quando as pessoas são devidamente capacitadas e empoderadas para exercer uma escolha esclarecida é que se pode afirmar que houve respeito à sua autonomia. Assim, esse aspecto é particularmente relevante no campo da bioética, em que decisões complexas sobre tratamentos médicos e participação em pesquisas científicas exigem não apenas liberdade formal, mas também competência e informação adequada.

Sob o aspecto da informação adequada ao paciente, leciona Matos (2009):

Daí que **o princípio da autonomia importa, na medicina, a obrigatoriedade de o médico estabelecer prévia comunicação com o paciente**, informando-lhe adequadamente todas as implicações acerca da doença, desde tratamentos possíveis até os riscos inerentes aos procedimentos adotados, para então conseguir o seu consentimento ao tratamento elegido e concordante ao seu projeto de vida, preservando suas convicções e dignidade (grifos acrescentados).

Por sua vez, Diniz e Guilhem (2012) reforçam a relevância dessa perspectiva ao destacarem que a autonomia é um dos pilares essenciais para a estruturação das práticas éticas na saúde, na medida em que confere ao indivíduo o protagonismo na condução de sua própria trajetória existencial. Por conseguinte, a centralidade da autonomia reflete uma transformação paradigmática na relação médico-paciente, que passa da tradicional postura diretiva para uma lógica baseada no diálogo, na escuta e na valorização das escolhas pessoais.

À luz de Beauchamp e Childress (2013), a autonomia possui um viés relacional, ou seja, ela não pode ser plenamente compreendida fora do contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido. Logo, as escolhas pessoais, ainda que livres, são moldadas por fatores externos, como valores culturais, crenças religiosas e pressões sociais. Essa concepção relacional da autonomia tem especial importância no presente estudo da bioética, visto que decisões sobre tratamentos de saúde são profundamente influenciadas pelas expectativas sociais e pelas relações de poder entre médicos e pacientes (Zoboli, 2003).

Dessa maneira, a autonomia não se exerce de maneira isolada, mas está sujeita a limites institucionais, sociais e legais que influenciam as escolhas individuais. Segundo os ensinamentos de Diniz e Guilhem (2012), ainda que a autonomia confie ao indivíduo o protagonismo sobre sua trajetória, ela se desenvolve em um ambiente normativo e cultural que orienta e, por vezes, restringe as decisões. Portanto, o respeito à autonomia exige não apenas o reconhecimento da capacidade individual de decidir, mas também a promoção de condições adequadas para que essas escolhas sejam realizadas de forma consciente, informada e responsável.

A esse respeito, Engelhardt (1996) também oferece uma contribuição significativa ao afirmar que a autonomia é um imperativo moral que deve ser respeitado independentemente das consequências, pois decorre da própria dignidade do ser humano enquanto agente moral. Nesse aspecto, essa compreensão amplia o horizonte bioético, vinculando o respeito à autonomia não apenas ao campo da saúde, mas a uma exigência fundamental de reconhecimento da humanidade do outro.

Complementando essa perspectiva, Sarmiento (2016, p. 143) destaca que a autonomia, enquanto princípio ético-jurídico, possui uma dimensão normativa fundamental, pois está diretamente vinculada à dignidade da pessoa humana, fundamento maior da ordem constitucional brasileira. Para o autor, a autonomia não é apenas a capacidade abstrata de escolher, mas implica o direito de cada indivíduo de conduzir sua própria vida, segundo seus valores e convicções, sendo, portanto, indispensável ao pleno exercício da cidadania e aos direitos fundamentais.

Por fim, é necessário destacar que o fortalecimento da autonomia, especialmente na esfera biomédica, demanda políticas e práticas institucionais que promovam o acesso à informação qualificada, a proteção dos direitos dos pacientes e o desenvolvimento de competências que os capacitem para escolhas conscientes e responsáveis. Nesse ínterim, é reforçada a ideia de que respeitar a autonomia não se

resume a uma postura passiva de não intervenção, mas implica a construção ativa de condições sociais, jurídicas e institucionais que favoreçam o exercício pleno da liberdade individual (Beauchamp e Childress, 2013).

Desse modo, considerando a amplitude e complexidade do princípio da autonomia, torna-se indispensável aprofundar sua análise enquanto princípio estruturante da bioética. A autonomia não se apresenta apenas como um dos diversos princípios éticos a serem considerados, mas como um verdadeiro eixo central que orienta e organiza as práticas biomédicas contemporâneas, sendo responsável por deslocar o tradicional modelo paternalista para uma ética centrada na autodeterminação dos indivíduos.

Assim, no tópico a seguir, será examinada a autonomia como fundamento imprescindível da bioética, destacando sua posição privilegiada na condução das decisões médicas e sua relação com outros princípios éticos, bem como a tensão existente frente à persistência de práticas paternalistas no âmbito da medicina.

3.4 A AUTONOMIA COMO PRINCÍPIO ESTRUTURANTE DA BIOÉTICA

A autonomia ocupa uma posição estruturante na bioética contemporânea, configurando-se como o princípio que orienta as diretrizes éticas aplicadas no âmbito da saúde, como já esclarecido anteriormente. Esse protagonismo decorre, sobretudo, da transição paradigmática que afastou o modelo médico tradicional, predominantemente paternalista, em favor de uma ética focada na valorização da vontade e das escolhas livres e conscientes do paciente. Conforme Lima e Machado (2019, p. 45): “A autonomia do paciente é um dos principais direitos responsáveis por romper a barreira do que ficou conhecido como ‘paternalismo médico’”.

Historicamente, a prática médica foi orientada pelo modelo hipocrático, que estabelecia uma relação assimétrica entre médico e paciente, centrada na autoridade do profissional e na submissão do enfermo. Sobre o modelo de Hipócrates, esclarece Bonamigo (2023, p. 72):

Diz o Juramento de Hipócrates: “Aplicarei os regimes, para o bem do doentes, segundo o meu saber e a minha razão nunca para prejudicar ou fazer o mal a quem quer que seja.” Os termos “segundo o meu saber e a minha razão” são interpretados como o fundamento do paternalismo.

Esse modelo, que perdurou por séculos, tinha como base o princípio da beneficência, compreendido como a obrigação moral do médico de agir sempre em

benefício do paciente, mesmo que isso implicasse na tomada de decisão unilateral, sem consultar ou informar adequadamente o paciente submetido às intervenções (Engelhardt, 1996). Ao seguir essa linha de raciocínio, o paternalismo médico, entendido como a prática de restringir a autonomia do paciente sob a justificativa de proteger sua saúde ou promover seu bem-estar, foi a expressão mais evidente desse modelo.

No contexto paternalista, o médico assume o papel de “guardião” do paciente, conduzindo a escolha terapêutica conforme seus próprios critérios técnicos e éticos, mesmo que isso implique na supressão da vontade do enfermo (Diniz; Guilhem, 2012). Sob esse aspecto, considerava-se que os profissionais detinham o conhecimento especializado necessário para decidir o que era melhor para a saúde do paciente, enquanto este era considerado incapaz de compreender plenamente as implicações de suas escolhas (Beauchamp; Childress, 2013).

Entretanto, de maneira progressiva, houve o rompimento do paternalismo médico, conforme preconizam Neves e Siqueira (2010, p. 443):

A partir de meados do século XX uma nova realidade se impôs, quando sentenças judiciais proferidas por tribunais estadunidenses passaram a condenar médicos que desrespeitavam as decisões autônomas de seus pacientes, **o que desautorizou o tradicional paternalismo da profissão médica** (grifos acrescentados).

Dessa maneira, com o fortalecimento dos movimentos de defesa dos direitos civis e a emergência da bioética como campo de reflexão interdisciplinar – inicialmente consolidada como bioética clínica - o modelo paternalista começou a ser criticado e gradativamente substituído por uma concepção que reconhece o paciente como sujeito ativo, titular de direitos e protagonista de suas próprias decisões em matéria de saúde (Diniz; Guilhem, 2012). A bioética clínica, nesse cenário, representou um marco paradigmático, deslocando o foco exclusivo da beneficência médica para o respeito à autonomia do paciente, promovendo uma ética relacional e dialógica na prática clínica.

Nesse viés, a bioética clínica se dedica primordialmente à análise dos dilemas morais que surgem na relação entre profissionais de saúde e pacientes, focando na tomada de decisões. Seu arcabouço, frequentemente baseado em princípios como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, conforme desenvolvido por Beauchamp e Childress (2013), busca oferecer ferramentas para uma tomada de decisão ética que respeite a dignidade e os direitos individuais.

Conforme Beauchamp e Childress (2013), o princípio da autonomia exige que os profissionais da saúde respeitem as escolhas informadas dos pacientes, mesmo que contrariem recomendações médicas ou coloquem em risco a vida. Portanto, como princípio estruturante, a autonomia não apenas orienta as práticas biomédicas, mas também redefine as bases da relação médico-paciente, promovendo um modelo pautado no respeito, na escuta e na corresponsabilidade pelas decisões clínicas, fundamentado na dignidade da pessoa humana.

Além disso, um importante marco normativo que consolidou essa concepção foi a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 2005. Em seu artigo 5º, a Declaração consagra o respeito pela autonomia e pela responsabilidade individual como princípio fundamental da bioética, afirmando que “a autonomia das pessoas em relação à tomada de decisões, ao mesmo tempo em que se respeitam a dignidade, a integridade e os direitos e liberdades fundamentais das mesmas, deve ser respeitada” (Unesco, 2005).

Nesse aspecto, a referida Declaração representa um avanço significativo ao estabelecer parâmetros éticos universais que orientam não apenas as práticas médicas, mas também as políticas públicas de saúde e a legislação biomédica (Garrafa, 2006). Assim, reforça-se a autonomia como um princípio estruturante da bioética contemporânea, ao mesmo tempo que aponta para a necessidade de uma visão ética que reconheça também os direitos coletivos e os determinantes sociais da saúde.

Todavia, no contexto latino-americano, surge uma importante reflexão crítica: a proposta da bioética de intervenção, formulada pelo bioeticista Volnei Garrafa. Tal abordagem não nega a centralidade da autonomia como princípio estruturante, mas propõe sua qualificação, advertindo contra o risco de absolutização dessa categoria ética. Para Garrafa, é indispensável que a bioética considere não apenas os direitos individuais, mas também os aspectos coletivos e os determinantes sociais que moldam as possibilidades concretas de exercício da autonomia, especialmente em sociedades marcadas por profundas desigualdades (Garrafa, 2005).

Nesse sentido, a bioética de intervenção assume um papel transformador, buscando ampliar a visão tradicional, não apenas regulando práticas biomédicas, mas promovendo mudanças sociais e políticas que reduzam as desigualdades em saúde e efetivem direitos humanos (Garrafa; Porto, 2003). A autonomia, portanto,

permanece como princípio estruturante, mas inserida em uma perspectiva relacional e contextualizada, que evita o risco de uma aplicação desproporcional que obscureça outras dimensões éticas igualmente importantes, como a justiça social e a solidariedade.

Nesse contexto, destaca-se também a consonância com o próprio Direito Constitucional brasileiro que, ao consagrar a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República, orienta a interpretação e a aplicação dos direitos fundamentais, dentre os quais se insere o direito à autodeterminação pessoal e ao consentimento livre e esclarecido em matéria de saúde (Brasil, 1988), que será discutido posteriormente. Assim, o fortalecimento da autonomia do paciente encontra respaldo tanto no ordenamento jurídico quanto nas normativas éticas que disciplinam o exercício da medicina.

Nesse aspecto, o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) desempenha um papel fundamental ao regulamentar o exercício da autonomia no âmbito das práticas médicas, conferindo respaldo normativo à valorização das decisões dos pacientes e ao respeito pela sua autodeterminação (Conselho Federal de Medicina, 2018). Com base nesse percurso reflexivo, evidencia-se que a autonomia se consolidou como princípio estruturante da bioética, transformando profundamente a relação médico-paciente e as práticas em saúde.

Contudo, para compreender plenamente a dimensão normativa e prática desse princípio, faz-se necessário aprofundar a análise sobre a autodeterminação do paciente e a autonomia técnica do médico, bem como as tensões e complementaridades entre essas duas expressões de autonomia na seara biomédica. Esse será o foco do próximo capítulo, no qual se buscará explorar, a partir de uma perspectiva constitucional e bioética, como esses dois polos interagem e se concretizam no âmbito do direito constitucional e prática clínica.

4 A AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE E A AUTONOMIA TÉCNICA DO MÉDICO

Ao compreender a bioética e seus princípios, especialmente o da autonomia, evidencia-se a importância de aprofundar a análise sobre a autodeterminação do paciente no contexto da relação médico-paciente. Esse aspecto é imperioso para garantir o respeito à dignidade humana e ao direito à informação na seara da saúde.

Dessa forma, este capítulo propõe examinar a autodeterminação do paciente como expressão prática da autonomia, destacando seus limites e suas interações com a autonomia técnica do médico, com suporte em casos da prática clínica.

4.1 A AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE

A autonomia e a autodeterminação, embora intimamente relacionadas, possuem distinções conceituais importantes. A autonomia é a capacidade do indivíduo de deliberar e agir conforme sua própria razão, enquanto a autodeterminação representa a faculdade de conduzir a própria vida, realizando escolhas segundo valores, crenças e convicções pessoais, especialmente no que se refere às decisões sobre o próprio corpo e saúde (Sarmiento, 2016). No campo da bioética e do biodireito, a autodeterminação é considerada uma expressão prática e normativa da autonomia, vinculando-se diretamente ao respeito à dignidade da pessoa humana.

No contexto jurídico brasileiro, a autodeterminação encontra fundamento na dignidade da pessoa humana, princípio estruturante consagrado no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal (Brasil, 1988). Esse princípio assegura a centralidade do sujeito na definição de sua existência e na realização do seu projeto de vida, fundamentando o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, ainda que este não esteja expressamente previsto na Constituição, mas amplamente reconhecido pela doutrina e pela jurisprudência (Sarmiento, 2016).

Além da dignidade da pessoa humana, outros direitos fundamentais sustentam a autodeterminação, como a liberdade (art. 5º, caput, CF) e a inviolabilidade da intimidade e da vida privada (art. 5º, inciso X, CF), garantindo proteção às escolhas pessoais relativas à saúde (Brasil, 1988). Assim, a autodeterminação constitui uma manifestação prática do direito fundamental ao livre desenvolvimento da

personalidade, permitindo que cada indivíduo conduza sua vida conforme seus próprios valores e concepções do bem.

Nesses moldes, a autodeterminação do paciente é, portanto, um valor jurídico e ético que qualifica a relação médico-paciente no Estado Democrático de Direito, promovendo uma ruptura com o tradicional modelo paternalista, no qual o médico detinha posição hierárquica superior e o paciente era relegado a uma função passiva (Diniz; Guilhem, 2012). Tal conquista é fruto de um processo histórico de afirmação dos direitos fundamentais e da valorização da pessoa humana como sujeito de direitos, responsável por conduzir sua vida de acordo com seus valores.

A emergência da bioética como disciplina interdisciplinar a partir da segunda metade do século XX, foi decisiva para a consolidação desse paradigma, deslocando o foco das decisões médicas exclusivamente técnicas para a valorização dos aspectos éticos e jurídicos da autodeterminação do paciente (Beauchamp; Childress, 2013). Por conseguinte, houve a interface entre a bioética e o biodireito por meio da bioética normativa, como bem esclarece Bonamigo (2023, p. 47):

As Declarações e Convenções internacionais, oriundas da Bioética normativa, oferecem novos instrumentos de avaliação para o Direito. Como principais exemplos cita-se a Declaração Universal sobre Genoma Humano e Direitos Humanos, a Declaração Internacional sobre Dados Genéticos e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO.

Nesse aspecto, importa destacar que a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos estabelece que “as decisões e práticas médicas devem respeitar a autonomia das pessoas envolvidas” (Unesco, 2005). Sob essa perspectiva, a autodeterminação do paciente é amplamente reconhecida em instrumentos internacionais de direitos humanos, bem como no ordenamento jurídico brasileiro. Ademais, no que concerne a bioética normativa no Brasil, destacam-se as normas deontológicas do Conselho Federal de Medicina.

Desse modo, o Código de Ética Médica veda expressamente ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas (Conselho Federal de Medicina, 2018). Assim, a autonomia do paciente não é apenas um princípio ético, mas uma garantia jurídica vinculante que orienta a atuação médica contemporânea.

Nesse contexto, o consentimento livre e esclarecido é uma das principais expressões da autodeterminação do paciente. Trata-se de um procedimento pelo qual o paciente, após ser adequadamente informado sobre a natureza, riscos, benefícios

e alternativas de um tratamento, manifesta sua vontade de forma consciente e voluntária, garantindo que as intervenções médicas não sejam realizadas de maneira arbitrária ou coercitiva (Matos, 2007, p. 199). O consentimento é, portanto, o meio pelo qual a autonomia se concretiza no plano prático, garantindo que as intervenções médicas não se realizem de maneira arbitrária ou coercitiva.

Nas lições de Munõz e Fortes (1998, p. 62), o consentimento deve apresentar os seguintes aspectos:

O consentimento deve ser dado livremente, conscientemente, sem ser obtido mediante práticas de coação física, psíquica ou moral ou por meio de simulação ou práticas enganosas, ou quaisquer outras formas de manipulação impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal. Livre de restrições internas, causadas por distúrbios psicológicos, e livre de coerções externas, por pressão de familiares, amigos e principalmente dos profissionais de saúde. O consentimento livre requer que o paciente seja estimulado a perguntar, a manifestar suas expectativas e preferências aos profissionais de saúde.

Nesse sentido, é dever do médico informar o paciente adequadamente, visto que a informação é condição indispensável para o exercício da autodeterminação. Sem o devido acesso à informação, não há como se falar em consentimento livre e esclarecido, pois a tomada de decisão dependerá necessariamente de dados claros e compreensíveis sobre os procedimentos em questão (Zilio, 2024, p. 05). Essa obrigatoriedade também é mencionada por Porto e Araruna (2016, p. 212), considerando que “a autodeterminação do homem quanto à condução de sua vida pressupõe que lhe sejam prestadas todas as informações necessárias para que melhor possa escolher”.

Além do consentimento informado, outras formas de exercício da autodeterminação são reconhecidas, como as diretivas antecipadas de vontade (DAV), também denominadas testamentos vitais. Por meio delas, a pessoa pode expressar, de modo prévio e formal, suas preferências sobre cuidados e tratamentos médicos para o caso de, futuramente, encontrar-se incapaz de manifestar sua vontade (Dadalto, 2013). A Resolução CFM nº 1.995/2012 regulamenta a aplicação das diretivas antecipadas, reconhecendo sua validade e eficácia como expressão da autonomia e da autodeterminação do paciente, oferecendo maior segurança jurídica tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

Sobre o consentimento informado e as diretivas antecipadas de vontade, é importante frisar os ensinamentos de Lima e Machado (2021, p. 46):

O consentimento informado e seus desdobramentos, como as diretivas antecipadas de vontade, figuram entre os instrumentos mais emblemáticos na ruptura do paradigma do paternalismo médico, servindo como mecanismo para garantir a autonomia do paciente e estimular o diálogo.

Outro exemplo importante da autodeterminação do paciente pode se manifestar com o direito à recusa terapêutica, ou seja, a possibilidade de recusar determinados tratamentos, ainda que indicados como clinicamente apropriados. Esse direito é considerado legítima expressão da autonomia e é reiteradamente reconhecido em decisões judiciais que privilegiam a vontade do paciente sobre interesses estatais, familiares ou médicos (Bonamigo, 2023, p. 75).

Em síntese, a autodeterminação do paciente é um valor jurídico e ético fundamental na relação médico-paciente, promovendo a valorização do indivíduo como sujeito de direitos e responsável pela condução de sua própria vida. Nesse interim, a devida proteção encontra respaldo na Constituição, na legislação infraconstitucional, na bioética normativa e nos instrumentos internacionais de direitos humanos, configurando-se como um elemento indispensável à humanização das práticas em saúde.

Assim, a autodeterminação do paciente deve ser compreendida como um direito complexo e multifacetado, essencial para a prática médica contemporânea, impondo limites éticos e jurídicos à atuação profissional. Todavia, esse reconhecimento não afasta a relevância da autonomia técnica do médico, tampouco seu dever de orientar e aconselhar o paciente com base nos conhecimentos científicos disponíveis, tema que será analisado no próximo tópico.

4.2 A AUTONOMIA TÉCNICA DO MÉDICO

A autonomia do médico constitui um elemento essencial na relação terapêutica, sendo compreendida como a liberdade conferida ao profissional da medicina para tomar decisões técnicas e científicas, fundamentadas em seus conhecimentos, experiência clínica e nas melhores evidências disponíveis. Nesse viés, tal autonomia se manifesta na escolha de condutas diagnósticas e terapêuticas, sempre com o propósito de garantir a saúde e o bem-estar do paciente; por essa razão, é caracterizada como “autonomia técnica”.

Por outro lado, a autonomia do paciente, como esclarecido ao longo deste trabalho, diz respeito à capacidade de deliberar sobre sua própria vida e corpo,

enquanto a autonomia do médico está vinculada à atuação profissional responsável, orientada por padrões técnicos, científicos e éticos (Bonamigo, 2023). Não obstante a sua relevância, a autonomia médica não possui caráter absoluto.

Sob essa perspectiva, há limites na atuação do médico no tocante ao respeito à dignidade da pessoa humana, nos direitos fundamentais do paciente e nos deveres éticos e legais que regem a atividade médica. Assim, a atuação profissional deve buscar o equilíbrio entre a autonomia técnica do médico e a autodeterminação do paciente, prevenindo tanto o paternalismo excessivo, em que o médico impõe condutas sem considerar a vontade do paciente, quanto a abstenção irresponsável, em que o profissional se exime de orientar adequadamente quem o procura (Beauchamp; Childress, 2013).

Do ponto de vista bioético, a autonomia médica é fundamentada na responsabilidade do profissional de zelar pela beneficência e pela não maleficência. O princípio da beneficência impõe ao médico o dever de agir em prol do paciente, buscando maximizar os benefícios e minimizar os riscos. De modo complementar, o princípio da não maleficência veda a adoção de práticas que possam causar danos evitáveis ao paciente (Minahim, 2020). Sendo assim, esses dois princípios atuam como pilares da autonomia médica, exigindo que o profissional tome decisões que, embora técnicas, sejam também eticamente justificadas.

A título exemplificativo, durante a pandemia da Covid-19, intensificou-se a discussão sobre a autonomia técnica do médico, especialmente quanto à escolha de terapias e medicamentos. Conforme destaca Gallo (2021), mesmo diante das pressões sociais e políticas, prevaleceu o entendimento de que cabe ao profissional de saúde a decisão fundamentada sobre os tratamentos, com base em critérios científicos e éticos. Assim, a autonomia médica, nesse contexto, foi essencial para assegurar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes, respeitando os limites da ciência e as diretrizes bioéticas.

Além disso, o ordenamento jurídico brasileiro confere respaldo à autonomia profissional do médico, especialmente a partir da previsão constitucional do livre exercício das profissões e o sigilo da fonte. A Constituição Federal, no art. 5º, inciso XIII, estabelece que (Brasil, 1988):

XIII - e livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

XIV - e assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

Nesse contexto, é assegurado aos médicos a liberdade para atuar conforme as exigências de sua formação e competência técnica. Contudo, tal liberdade é regulamentada e delimitada por normas infraconstitucionais que especificam os parâmetros da atuação médica. Entre essas normas, destaca-se o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), que disciplina direitos, deveres e vedações éticas aplicáveis à prática médica.

O referido Código reconhece expressamente a autonomia do médico, determinando que este deve pautar sua atuação por critérios técnicos e científicos, visando sempre o melhor interesse do paciente. Por outro lado, impõe limites claros a essa autonomia, no art. 31, por exemplo, proíbe o médico de deixar de atender pacientes que procurem seus cuidados, salvo em casos de recusa justificada, devidamente comunicada à autoridade competente. Já o art. 24 estabelece que é vedado ao médico omitir-se na utilização de todos os meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis a seu alcance, em benefício do paciente (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Além disso, a Lei nº 12.842/2013, conhecida como Lei do Ato Médico, reforça a autonomia técnica ao delimitar os atos privativos dos profissionais da medicina. Entre eles, incluem-se a formulação de diagnósticos nos diversos níveis de complexidade, a indicação de procedimentos terapêuticos, bem como a realização de intervenções invasivas (Brasil, 2013). Nesse aspecto, destaca-se a obra “Iniciação à Bioética” do Conselho Federal de Medicina, que bem antes da criação da Lei do Ato Médico, já reforçava acerca da prerrogativa de que apenas médicos legalmente habilitados podem exercer tais funções, reconhecendo a necessária autonomia técnica, mas ao mesmo tempo condicionando-a ao cumprimento das exigências legais e éticas (Gomes; França, 1988).

Sendo assim, a proteção normativa da autonomia médica deve ser exercida com prudência e responsabilidade, respeitando os limites impostos pela legislação e pelos direitos fundamentais do paciente. Assim, um dos limites mais relevantes refere-se ao respeito à autonomia do próprio paciente, como bem mencionada em tópico próprio. Porém, como esclarece Bonamigo (2023, p. 75): “Em alguns momentos de incapacidade, não é possível conhecer o desejo prévio do paciente para respeitar sua

autonomia. Nesses casos excepcionais, o médico pode proceder sem seu consentimento”.

Portanto, a exceção da regra ocorre em situações excepcionais, como no caso de risco iminente de vida, quando a intervenção médica se impõe como medida de proteção à saúde ou à própria vida do paciente, que, porventura, não esteja em condições de expressar sua vontade (Lima; Machado, 2021, p. 47). Além disso, outro limite relevante à autonomia do médico reside nas proibições legais e éticas relativas à realização de procedimentos considerados ilícitos ou contrários à dignidade da pessoa humana.

Nesse aspecto, o profissional da medicina não pode, por exemplo, realizar práticas vedadas pela legislação, como experimentações clínicas sem autorização dos órgãos competentes, ou ainda procedimentos que afrontem valores fundamentais, como a integridade física e psíquica do paciente. Da mesma forma, a autonomia médica não justifica a adoção de medidas que contrariem a boa prática médica, tais como tratamentos ineficazes, fúteis ou desprovidos de respaldo científico (Mota, 2009).

Importante destacar que o reconhecimento desses limites é igualmente respaldado pela jurisprudência brasileira, que tem reiterado a necessidade de harmonização entre a autonomia do médico e a do paciente. Em diversas decisões os tribunais superiores têm enfatizado que o médico, embora detentor de competência técnica, deve respeitar a vontade do paciente, especialmente no tocante à recusa ou aceitação de tratamentos. Ao mesmo tempo, a jurisprudência também reconhece a possibilidade de o médico recusar a realização de procedimentos que conflitem com sua consciência ou que não se coadunem com os padrões técnicos e científicos vigentes, assegurando, assim, a sua autonomia profissional (Bonamigo, 2023).

Sob esse último aspecto, destaca-se a objeção de consciência médica, ou seja, a recusa fundada em convicções éticas, morais ou religiosas do profissional. Entretanto, embora legítima, tal recusa encontra também limites, sobretudo quando sua adoção puder resultar em prejuízo grave à saúde ou à vida do paciente. Nesse contexto, a doutrina destaca que a objeção de consciência não pode ser utilizada como mecanismo de violação aos direitos fundamentais dos pacientes, devendo ser exercida de forma responsável e, sempre que possível, com a indicação de outro profissional, visando a continuidade da assistência médica (Bonamigo, 2023).

Diante dos pontos supracitados, pode-se afirmar que a autonomia do médico e a autonomia do paciente não são valores antagônicos, mas complementares, devendo ser harmonizados no contexto da relação médico-paciente. O modelo contemporâneo de atenção à saúde privilegia uma relação dialógica e colaborativa, na qual o médico orienta, aconselha e recomenda, com base em sua autonomia técnica, e o paciente decide, com base em sua autonomia pessoal e direito à autodeterminação (Porto; Araruna, 2016).

A compreensão dessa interação dialética entre as autonomias é fundamental para assegurar uma prática médica ética, juridicamente adequada e alinhada aos valores constitucionais. A autonomia médica, portanto, deve ser vista como um instrumento a serviço da proteção da saúde e da dignidade do paciente, e não como um poder discricionário ou absoluto, alheio aos limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico e pelos princípios bioéticos.

Inferese-se, portanto, que a saída para o equilíbrio entre essas duas autonomias está na construção de uma relação médico-paciente simétrica, na qual se rompe com o tradicional paternalismo médico, historicamente pautado na imposição unilateral de condutas (Minahim, 2020). Logo, deve ser reforçado a necessidade de comunicação transparente, respeito mútuo e compartilhamento das decisões clínicas, assegurando que tanto o conhecimento técnico do médico quanto a vontade informada do paciente sejam igualmente considerados e valorizados.

Em suma, a autonomia do médico representa uma garantia imprescindível ao adequado exercício da medicina, assegurando a aplicação do conhecimento técnico-científico de forma responsável e ética. Contudo, essa prerrogativa não pode ser exercida de maneira isolada ou absoluta, devendo ser continuamente equilibrada com os direitos e interesses legítimos do paciente, especialmente o direito à autodeterminação, numa perspectiva de respeito mútuo e responsabilidade recíproca.

Em continuidade ao presente estudo, o próximo tópico será dedicado à análise dos conflitos entre a autodeterminação do paciente e a autonomia técnica do médico, investigando os limites e as possibilidades de conciliação entre essas duas esferas no contexto da prática clínica, considerando os direitos fundamentais e bioéticos resguardado a ambas as partes.

4.3 OS CONFLITOS ENTRE A AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE E A AUTONOMIA TÉCNICA DO MÉDICO: UMA ANÁLISE A PARTIR DO DIREITO CONSTITUCIONAL E DA BIOÉTICA CLÍNICA

A relação médico-paciente contemporânea é permeada por uma tensão ética e jurídica fundamental: de um lado, a autonomia técnica do médico, respaldada por seu saber científico e por normas profissionais; de outro, a autodeterminação do paciente, enquanto expressão de sua dignidade e liberdade pessoal. Conforme destacado ao longo deste trabalho, ambos os direitos são constitucionalmente assegurados, o que torna seus eventuais conflitos um campo fértil para a reflexão teórica, sobretudo à luz da bioética clínica e do direito constitucional.

O princípio da autonomia, que sustenta a autodeterminação do paciente, representa a superação do modelo médico paternalista, no qual as decisões recaíam exclusivamente sobre o profissional de saúde, com base na presunção de saber o que era melhor para o paciente (Minahim, 2020). Com a consolidação do Estado Democrático de Direito e a constitucionalização dos direitos fundamentais, especialmente o direito à liberdade e à dignidade da pessoa humana, passou-se a reconhecer que o paciente é sujeito ativo na tomada de decisões sobre seu tratamento (Piovesan, 2021).

No entanto, a autonomia do paciente não se exerce em abstrato. Ela pressupõe a mediação do saber técnico-científico do profissional de saúde, que detém a responsabilidade ética e legal de indicar as condutas terapêuticas mais adequadas, conforme os princípios da beneficência e da não maleficência (Bonamigo, 2023). Assim, é nesse ponto que a bioética clínica desempenha um papel central, pois oferece instrumentos para a deliberação ética diante de situações em que os valores e decisões do paciente entram em tensão com a avaliação técnica do médico.

De acordo com Gracia (2021), a bioética clínica deve ser compreendida como uma prática de mediação moral e não como uma instância de imposição normativa. Sendo assim, ela parte da escuta atenta ao paciente, do reconhecimento da sua singularidade, e busca soluções razoáveis e justificadas para conflitos concretos. Essa abordagem é compatível com a perspectiva constitucional, que valoriza a dignidade como núcleo dos direitos fundamentais e exige, em casos de colisão, a ponderação de valores e princípios (Sarmiento, 2016).

Um exemplo clássico de conflito ético-clínico é quando o paciente recusa um tratamento indicado, mesmo após ser plenamente informado sobre os riscos da não adesão. Nesses casos, o profissional, embora tecnicamente capacitado e comprometido com o melhor interesse clínico, deve respeitar a decisão do paciente, desde que esta seja tomada de forma livre, consciente e informada. Desta forma, trata-se de uma exigência com respaldo tanto na Recomendação CFM nº 1/2016, que regulamenta o consentimento livre e esclarecido (Conselho Federal de Medicina, 2016), quanto na própria Constituição Federal, ao garantir a liberdade individual e a inviolabilidade da integridade física e moral (Brasil, 1988).

Todavia, a autonomia técnica do médico também deve ser resguardada, ou seja, não se pode compelir o profissional a adotar condutas que conflitem com seus deveres éticos, legais e técnicos, sob pena de se violar sua liberdade profissional (Bonamigo, 2023). Dessa forma, há de se reconhecer que a autonomia do paciente encontra limites quando busca impor condutas que ultrapassem o escopo da ciência médica ou que estejam em desacordo com as boas práticas profissionais. Nas lições de Rego *et al.* (2009, p. 63), a tomada de decisão nos conflitos é um aspecto central na bioética clínica:

Nesse âmbito, uma das principais preocupações dos envolvidos – especialmente os profissionais da saúde – nos processos decisórios cotidianos é como saber que a decisão tomada é a mais adequada, a mais correta para o paciente, considerando-se que esta adequação não significa apenas uma pertinência técnica, científica, mas a promoção do bem para o paciente. Esse bem para o paciente precisa ser considerado na perspectiva do próprio e levando-se em conta as suas concepções, mas não só.

Nessa perspectiva, o diálogo entre o direito constitucional e a bioética clínica propõe que a resolução de conflitos entre médico e paciente exige uma postura deliberativa, dialógica e respeitosa de ambas as partes. Sob essa perspectiva, o desafio é garantir que o paciente possa exercer sua autonomia sem desconsiderar a expertise médica e que o médico possa atuar conforme sua consciência técnica, sem subestimar os valores e escolhas do paciente. Na obra *Bioética Clínica*, coordenada por Gabriel Oselka (2011), é abordado um caso sobre a autonomia do idoso, com base na seguinte situação de prática clínica:

Homem com 82 anos de idade, lúcido e ativo, procura atendimento, queixando-se de fraqueza e fadiga, vômito com sangue e perda de peso não-intencional. Durante exames é detectado câncer de estômago em estágio avançado. Filha pede ao médico que não informe ao paciente o diagnóstico, pois “conhece bem o pai e sabe que a notícia vai apressar a morte dele”.

Considerando o caso apresentado, é demonstrado os desafios práticos que emergem quando decisões clínicas envolvem não apenas critérios técnicos, mas também valores afetivos, crenças familiares e o direito do paciente à informação. Nesse interim, trata-se de uma situação em que, embora o paciente estivesse lúcido, funcional e juridicamente capaz, terceiros — neste caso, a sua filha — tentaram intervir sobre o conteúdo da informação clínica, alegando motivos protetivos.

Dessa maneira, a recusa em comunicar o diagnóstico ao paciente, mesmo sem a sua manifestação prévia de que não desejaria ser informado, coloca em xeque o seu direito à autodeterminação e à construção autônoma de seu percurso terapêutico (Rego *et al.*, 2009). Esse direito, antes de ser apenas uma prerrogativa ética ou de foro íntimo, encontra respaldo direto na Constituição Federal vigente, que reconhece como fundamentos da República a dignidade da pessoa humana, os direitos à liberdade individual e à informação, além do direito social à saúde (Brasil, 1988). Portanto, a decisão sobre saber ou não saber, consentir ou não consentir com determinado tratamento, deve ser compreendida como um exercício legítimo de direitos fundamentais, que impõem ao Estado e aos profissionais de saúde um dever de respeito, proteção e promoção.

Além da previsão constitucional, pode-se mencionar o Estatuto do Idoso como norma relevante para a temática em questão, uma vez que seu art. 17 afirma que o paciente idoso capaz tem assegurado o direito à escolha informada e impedir-lhe o acesso ao diagnóstico representa uma violação à sua dignidade (Brasil, 2003). Ademais, o Código de Ética Médica prevê que o profissional deve respeitar a autonomia do paciente, garantindo-lhe o direito de decidir livremente sobre os procedimentos a que será submetido. Ao mesmo tempo, esse código reconhece que o médico não está obrigado a adotar condutas que conflitem com seus princípios técnicos, legais e éticos (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Por essa razão, o impasse ilustrado no caso não pode ser resolvido por uma única norma, mas por meio de um processo de deliberação ética que leve em conta a singularidade da situação clínica, os direitos fundamentais envolvidos e os valores das pessoas diretamente afetadas.

Nesse contexto, o modelo deliberativo da bioética clínica implica em um instrumento metodológico essencial. Diferente de abordagens meramente técnicas ou legalistas, esse modelo propõe a construção de decisões prudentes e justificadas por

meio do diálogo, da escuta ativa e da negociação moral entre médico, paciente e, quando necessário, seus familiares (Gracia, 2021). Assim, o papel do médico não é apenas o de informar, mas também o de ajudar o paciente a refletir sobre as alternativas disponíveis, respeitando seu sistema de valores e sua visão de mundo.

No caso do idoso, a escuta qualificada teria permitido compreender se ele desejava, ou não, conhecer seu diagnóstico — decisão que deveria partir dele, e não de uma presunção alheia (Oselka, 2011). Assim, a bioética deliberativa transforma a relação médico-paciente em um espaço de corresponsabilidade, no qual o cuidado é construído de maneira compartilhada e humanizada.

Por fim, é importante destacar que muitos desses dilemas não encontram resposta imediata no Poder Judiciário. Em situações de urgência, de sofrimento agudo ou de terminalidade, recorrer à via judicial não é apenas inviável — pode ser do ponto de vista clínico e emocional. Por isso, a bioética clínica assume uma função estratégica, ao permitir que os próprios agentes envolvidos encontrem soluções baseadas no respeito mútuo, no compromisso com o bem do paciente e na observância dos princípios constitucionais (Zoboli, 2013). A deliberação ética, nesses casos, atua como ponte entre o direito e a prática, evitando judicializações desnecessárias e promovendo uma cultura de cuidado pautada na dignidade humana e na comunicação transparente.

Assim, casos clínicos como o analisado evidenciam que os conflitos entre a autodeterminação do paciente e a autonomia técnica do médico não podem ser resolvidos a partir de posições absolutas, mas mediante práticas clínicas pautadas no diálogo, na ética da responsabilidade e na escuta ativa. A bioética clínica, ao se dedicar à análise prática dos dilemas morais na medicina, ultrapassa os limites da bioética normativa e das normas deontológicas, ao oferecer instrumentos para decisões éticas contextualizadas e centradas no paciente. Essa abordagem reforça os fundamentos constitucionais da dignidade, da liberdade e do direito à informação, apresentando caminhos viáveis para que o exercício da autonomia do paciente e a autonomia técnica do médico coexistam de forma equilibrada (Silva, 2023).

Por consequência, esse tipo de conflito, diretamente relacionado ao dever de informação do médico e a tomada de decisão do paciente, representa o núcleo problemático investigado nesta pesquisa. Trata-se de uma tensão ética e jurídica que exige constante reflexão, especialmente no âmbito da prática clínica contemporânea. Considera-se que, ao promover esse diálogo entre bioética e direito constitucional,

fortalece-se o vínculo terapêutico, protege-se a dignidade humana e ampliam-se os horizontes para decisões mais sensíveis, conscientes e humanizadas.

Diante do exposto, segundo Gracia (2021), desde os tempos hipocráticos, a medicina ocidental reconhece a ética e a prática clínica como dimensões indissociáveis, na medida em que os profissionais de saúde lidam continuamente com valores essenciais à vida humana. Infere-se, portanto, que, nesse espaço de intersubjetividade mediado pela ética e pelo direito, a dignidade do ser humano encontra sua expressão mais plena na prática clínica.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo central refletir sobre os contornos jurídicos e éticos da autonomia na relação médico-paciente, analisando especialmente a tensão existente entre a autodeterminação do paciente e a autonomia técnica do médico, à luz dos fundamentos constitucionais e dos princípios bioéticos. A relevância do tema decorre não apenas de sua atualidade, mas da constante transformação dos paradigmas que orientam a prática clínica e a proteção dos direitos fundamentais no contexto da saúde. Trata-se de uma temática complexa, em contínua construção, que exige do Direito, da Bioética e da sociedade em geral uma postura crítica, dialógica e interdisciplinar.

O primeiro capítulo contextualizou o tema no marco do Estado Democrático de Direito, ressaltando a centralidade dos direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988, especialmente o direito à informação como prerrogativa essencial para o exercício da cidadania e da dignidade da pessoa humana. A partir da análise das gerações e dimensões desses direitos, foi possível compreender a evolução histórica que permitiu o reconhecimento de novos direitos, como os relacionados à saúde e à autonomia individual, refletindo um compromisso constitucional com a justiça social e a proteção integral da pessoa.

No segundo capítulo, explorou-se a bioética como campo normativo e filosófico, com foco na teoria principialista e na ascensão do princípio da autonomia como eixo estruturante das relações biomédicas. A análise destacou como a autonomia passou a ocupar lugar central no debate ético e jurídico, não apenas como capacidade de autogoverno, mas como direito moral a ser protegido e promovido. Essa perspectiva rompe com o modelo tradicional de medicina paternalista, promovendo um novo paradigma baseado na escuta, no consentimento informado e na corresponsabilidade nas decisões clínicas.

O terceiro capítulo aprofundou a discussão sobre a autodeterminação do paciente e a autonomia técnica do médico, apontando os desafios que emergem da prática clínica contemporânea. Reconheceu-se que, embora o médico detenha saber técnico, a decisão terapêutica não pode ser tomada de forma unilateral, devendo respeitar os valores, convicções e escolhas do paciente. Nesse cenário, a bioética clínica desempenha papel essencial, ao propor uma abordagem dialógica e deliberativa na tomada de decisões em saúde, reconhecendo o paciente como sujeito

ativo e corresponsável pelas escolhas que envolvem sua integridade física, psíquica e moral. A bioética clínica representa, assim, um marco de superação do modelo paternalista, ao trazer para o centro da relação médico-paciente os princípios do respeito, da escuta e da participação informada, bem como também orientam o biodireito e o ordenamento constitucional vigente.

À luz das reflexões desenvolvidas ao longo do trabalho, entende-se que a resposta ao problema de pesquisa deve considerar que a autonomia, tanto do paciente quanto do médico, não é absoluta nem excludente. Antes, trata-se de dimensões interdependentes que, ao se encontrarem, exigem ponderação, diálogo e respeito mútuo. A autodeterminação do paciente deve ser garantida como expressão da sua dignidade e liberdade, enquanto a atuação médica deve seguir parâmetros técnicos, mas sempre orientada pelos direitos fundamentais e pelos princípios éticos que regem a prática clínica. A bioética clínica, nesse contexto, consolida-se como um espaço privilegiado de mediação, oferecendo ferramentas para que os conflitos sejam compreendidos e resolvidos à luz da justiça, da beneficência e, sobretudo, da autonomia.

Diante disso, reafirma-se que o fortalecimento da autonomia do paciente é um processo contínuo, que demanda educação em saúde, acesso à informação qualificada e valorização da escuta ativa nas relações assistenciais. Portanto, reconhecer a complexidade dessa temática é o primeiro passo para construir, de forma plural e democrática, práticas em saúde que respeitem os sujeitos em sua integralidade, promovendo o cuidado como expressão do direito e da ética.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Luiz Ernani Bonesso de. **O Acesso a Terra no Estado Democrático de Direito**. Frederico Westphalen: URI, 1997.

ASSIS, Luiz Gustavo Bambini de. O absolutismo e sua influência na formação do Estado brasileiro. **Revista dos Tribunais**, v. 969, jul. 2016. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RTrib_n.969.03.PDF. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 1992. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=678&ano=1992&ato=c6bQTWU10MFpWTe91>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º da Constituição Federal e na Lei nº 9.507, de 12 de novembro de 1997. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 2.232, de 26 de dezembro de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 dez. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **O novo direito constitucional brasileiro**: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução Luciana Pudenzi. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013. 574 p. Tradução de: Principles of biomedical ethics.

BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. 2012. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAMIGO, Elcio Luiz. **Manual de Bioética**: teoria e prática / Elcio Luiz Bonamigo. 5 ed. Joaçaba: Editora Unoesc, 2023.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 15 ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2004.

CAMPOS PORTO, Ana Paula Azevêdo Sá; ARARUNA, Simone Bezerra Pontes. O dever de informar na perspectiva da relação médico-paciente atual: análise à luz da dignidade da pessoa humana e do direito à autodeterminação do paciente. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 196–217, 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/1383>. Acesso em: 25 maio. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217/2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.º 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União, 31 ago. 2012. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/resolucao1995.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 21 jan. 2016. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 7 jun. 2025.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coords). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DADALTO, L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, [S. l.], n. 28, p. 61–71, 2013. Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7492>. Acesso em: 3 jun. 2025.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirceu. **O que é Bioética**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2010.

ENGELHARDT, Hugo Tristram. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola, 1996.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 9 ed. Salvador: JusPodivm, 2017.

GALLO, José Hiran da Silva. **A autonomia do médico e do paciente**. Disponível em: <https://crmpi.org.br/artigos/a-autonomia-do-medico-e-do-paciente>. Acesso em: 5 jun. 2025.

GRACIA, Diego. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2021.

GARRAFA, Volnei. **Da bioética de princípios a uma bioética interventiva**. *Redalyc*, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533241011.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. **Bioética, poder e injustiça**: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (orgs.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 35-44. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288846992_Bioetica_de_intervencion_verbete. Acesso em: 31 maio 2025.

GRECO, Dirceu; WELSH, James. Direitos humanos, ética e prática médica. **Revista Bioética, Brasília**, v. 24, n. 3, p. 443-451, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243143>. Acesso em: 18 maio 2025.

HECK, José N. Bioética: contexto histórico, desafios e responsabilidade. **Ethic@ - Revista Internacional de Bioética**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 49–59, jun. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/view/16127/14665>. Acesso em: 20 maio 2025.

LIMA, Andrei Ferreira de Araújo; MACHADO, Fernando Inglez de Souza. **Médico como arquiteto da escolha**: paternalismo e respeito à autonomia. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 266–276, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/zT5NXdXtJSfVFP9Z4wBqJ3p/>. Acesso em: 31 maio 2025.

MARTINS, Ricardo Marcondes. Direito fundamental de acesso à informação. **A&C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, v. 14, n. 56, p. 127–146, 2014. Disponível em: <https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/96>. Acesso em: 25 abr. 2025.

MATOS, Gilson Ely Chaves de. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 196–213, 2007. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/41/44. Acesso em: 27 maio 2025.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1,

p. 85–95, 2020. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/601>. Acesso em: 5 jun. 2025.

MISSOURI WESTERN STATE UNIVERSITY. **History of Human Subjects**

Research. Disponível em:

<https://www.missouriwestern.edu/humansubsresearch/history/>. Acesso em: 19 maio 2025.

MOLINARO, Carlos Alberto; SARLET, Ingo Wolfgang. Direito à informação e direito de acesso à informação como direitos fundamentais na constituição brasileira.

Revista da AGU, 2014. Disponível em:

<https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/542>. Acesso em: 10 mar. 2025.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 40 ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2024.

MOTA, JAC. Quando um Tratamento Torna-se Fútil? **Revista bioética**. 3 nov. 2009.

Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/291.

Acesso em: 05 jun. 2025.

NAGAI, Hiroyuki; NAKAZAWA, Eisuke; AKABAYASHI, Akira. The creation of the Belmont Report and its effect on ethical principles: a historical study. **Monash Bioethics Review**, [S.l.], v. 40, n. 2, p. 157–170, 2022. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40592-022-00165-5>. Acesso em: 21 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos**

Direitos Humanos. Resolução 217 A (III), 10 dez. 1948. Disponível em:

<https://www.un.org/pt/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em: 14 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica)**. San José, Costa Rica, 22 nov. 1969. Disponível em:

<https://www.cidh.oas.org/Basicos/portugues/c.convencao.htm>. Acesso em: 14 maio 2025.

OSELKA, Gabriel (coord.). **Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados**. 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Centro de Bioética, 2011.

PAZINATTO, Márcia Maria. A relação médico-paciente na perspectiva da

Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, 2019. Disponível em:

https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1884. Acesso em: 25 maio 2025.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**.

14. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2021.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics, the Science of Survival**. Perspectives Biol Med. 1970;14(1):127-53.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA, Batista Rodrigo. **Bioética e a tomada de decisões**: entre a clínica e a saúde pública. In: Bioética para profissionais da saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 63-93. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0004>.

ROSS, William David. **The Right and the Good**. Oxford: Clarendon Press, 1930.

SARLET, Ingo; MARINONI, Luiz G.; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 13 ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SILVA, Josimário. **Bioética clínica e deliberação moral**. São Paulo: Editora Plenavoz, 2023.

SCHRAMM, Fermin Roland. Uma breve genealogia da bioética em companhia de Van Rensselaer Potter. **Revista Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 302-308, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/87/A5.pdf>. Acesso em: 17 maio 2025.

STIGAR, Robson; KLEMMANN, Douglas; SILVA, Francine Bontorin; CAMPA, Adriana. Bioética clínica e humanização no sistema único de saúde. **Revista gestão & saúde**, [s. L.], P. 16-24, 2017. Disponível em: <https://herrero.com.br/files/revista/file2ab6e014fb77b3e2a2e21ee06e5404a1.pdf>. Acesso em: 17 maio 2025.

STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, José Luis Bolzan de. **Ciência Política e Teoria do Estado**. 8 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. (comps.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed., rev. e atual. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Editora Fiocruz, 2019. 524 p. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/SegurancaPaciente.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 31 maio 2025.

YUNTA, Eduardo Rodríguez. Temas para una bioetica latinoamericana. **Acta Bioethica**, v. 15, n. 1, p. 87-93, 2009. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2832312/pdf/nihms132494.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

ZILIO, Daniela. O consentimento livre e esclarecido e o direito à informação na relação médico-paciente: a construção da autonomia para decidir. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Florianópolis, Brasil, v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/10358>. Acesso em: 02 jun. 2025.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética do cuidar: a ênfase na dimensão relacional. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2003. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/124>. Acesso em: 27 maio. 2025.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Revista Bioética** (Impr.), Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 391–398, 2013. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/848. Acesso em: 7 jun. 2025.