

RECEBIDO EM: 02/04/2020

APROVADO EM: 03/06/2020

# **PRESSUPOSTOS FUNDAMENTAIS DA RECUSA A TRATAMENTO MÉDICO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

## **FUNDAMENTAL ASSUMPTIONS OF THE REFUSAL TO MEDICAL TREATMENT IN HEALTH CARE**

*Ana Thereza Meireles Araújo*

*Pós- Doutoranda em Medicina pelo Programa de Pós-Graduação de Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pela Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Direito Privado e Econômico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-Graduada em Direito do Estado pela Fundação Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora membro do Corpo permanente do Mestrado em Direito Fundamentais e Alteridade da Universidade Católica do Salvador (UCSal). Professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), da Universidade Católica do Salvador (UCSal) e da Faculdade Baiana de Direito.*

*Liliane Lins-Kusterer*

*Pós-Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde e Saúde Pública. Livre Docente em Bioética pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB-UFBA). Doutora em Patologia Humana pelo Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz/ Fundação Oswaldo Cruz/BA. Pesquisadora Visitante da EBMSP. Professora em Regime de Dedicção Exclusiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFBA e professora permanente do Programas de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (FMB-UFBA).*

**SUMÁRIO:** Introdução; 1 Pressupostos constitucionais: autonomia e vulnerabilidade; 2 O direito de recusa a tratamento médico 3 informação e compreensão como conteúdos fundamentais; 3 Conclusão; Referências.

**RESUMO:** A disciplina jurídica da recusa terapêutica evidencia crescente campo de discussão, na medida em que se identifica a necessidade de ponderar e esclarecer conteúdos normativos relacionados. O artigo destina-se a analisar os fundamentos jurídicos que legitimam a recusa terapêutica no âmbito da assistência à saúde, considerando a necessária ponderação do direito de recusa como expressão da concepção do projeto existencial do indivíduo, ainda que, por vezes, em confronto com o caráter essencial, porém, não absoluto, do direito à vida. A configuração dos pressupostos fundamentais da recusa teve como elementos centrais a conformação harmônica da autonomia e da vulnerabilidade, além da investigação do dever de informação em correlação ao requisito da compreensão pelo sujeito, fontes legitimadoras das decisões que visam refutar protocolos terapêuticos. O estudo é teórico e qualitativo, constituindo-se a partir de revisão bibliográfica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autonomia. Capacidade. Informação. Recusa a Tratamento Médico. Vulnerabilidade.

**ABSTRACT:** The legal discipline of therapeutic refusal shows an increasing field of discussion, as it identifies the need to ponder and clarify related normative content. The article aims to analyze the legal foundations that legitimize the therapeutic refusal in the scope of health care, considering the necessary consideration of the right of refusal as an expression of the conception of the individual's existential project, although, sometimes, in confrontation with the essential, but not absolute, character of the right to life. The configuration of the fundamental assumptions of the refusal had as central elements the harmonious conformation of autonomy and vulnerability, in addition to the investigation of the duty of information in relation to the requirement of understanding by the subject, legitimizing sources of decisions aimed at refuting therapeutic protocols. The study is theoretical and qualitative, constituting from a bibliographic review.

**KEYWORDS:** Autonomy. Capacity. Information. Refusal to Medical Treatment. Vulnerability.

## INTRODUÇÃO

A construção das relações entre pacientes e médicos na contemporaneidade aponta para o descortinamento de elementos fundamentais para uma adequada conformação, quais sejam a autonomia, em sua dimensão existencial, e a vulnerabilidade, enquanto uma condição real capaz de limitar a compreensão do indivíduo. A ausência de claros parâmetros éticos, e também jurídicos, sobre os limites da manifestação da autonomia e sobre o tratamento da condição de vulnerabilidade colaboram para a necessidade de reflexão sobre os alicerces que devem direcionar as relações em saúde, situação que configura o problema de pesquisa deste estudo.

À medida em que se possa reconhecer que pessoas com problemas de saúde possam ser titulares da condição de recusar tratamentos médicos consolidados, ao mesmo tempo, também, passa-se a refletir sobre a vida enquanto um direito de natureza fundamental, posto antecedente à condição para o exercício de qualquer outro direito. A possibilidade de recusar tratamentos ou protocolos médicos apontados como essenciais pela Ciência é descortinadora de um novo modo de interpretar o direito à vida. Esta pesquisa parte justamente da desconstituição da necessidade de sustentar a indisponibilidade absoluta do direito à vida, quando imerso em contextos que tangenciam decisões existenciais.

Para que a autonomia possa ser concretizada a partir de parâmetros não prejudiciais a quem deseja exercê-la, torna-se necessário compreender como um outro elemento é capaz de manter-se intimamente relacionado a ela – a vulnerabilidade. Compreender a acepção do termo “vulnerabilidade” demanda apropriar-se de um horizonte significativo de possibilidades que podem se manter relacionadas. A possibilidade de catalogar e identificar vulnerabilidades, sejam elas intrínsecas, extrínsecas, sociais, de gênero, econômicas e outras, não é imediatamente justificadora da necessidade de intervenção profissional que exclua qualquer decisão do paciente. Torna-se então necessário avaliar a medida de harmonização entre a proteção à pessoa em contexto de vulnerabilidade e a salvaguarda do direito de exercício de sua autonomia, elementos de conteúdo constitucional, fundamentais à investigação do problema de pesquisa proposto.

A recusa a tratamento médico deve ser investigada a partir de prospecções diferentes: A recusa, enquanto ato de um paciente que não está em estado de terminalidade, e a recusa em situações de terminalidade, já que, neste caso, é necessário aprofundar conceitos especializados. Recentemente, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 2232/2019, que

estabelece regras gerais sobre a recusa a tratamentos médicos pelos pacientes e sobre o exercício da objeção de consciência. O fundamento capaz de justificar a recusa por pacientes terminais ou não terminais parte do mesmo pressuposto – a autonomia. A recusa a tratamento médico em contexto de doenças terminais é disciplinada pelas Resoluções 1805/2006 e 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, através das Diretivas Antecipadas de Vontade, admitidas em processos ortotánásicas. Esclarece-se, no entanto, que o objetivo deste artigo não é investigar essencialmente a recusa terapêutica a partir da dimensão delineada pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina, mas analisá-la considerando os fundamentos da legislação ordinária vigente.

O trabalho tem então como objetivo investigar os limites do exercício do direito de recusa a tratamento médico, em prol de conformar os parâmetros de uma adequada atuação profissional, a partir da investigação do dever de informar, o que engloba a aferição da compreensão pelo paciente.

A pesquisa tem natureza teórica, tendo em vista consistir em importante revisão bibliográfica que considera fontes clássicas e atuais, buscando analisar os institutos da autonomia e da recusa a tratamentos médicos a partir de diferentes segmentos de estudo.

## **1 PRESSUPOSTOS CONSTITUCIONAIS FUNDAMENTAIS: AUTONOMIA E VULNERABILIDADE**

A multiplicidade de abordagens da autonomia nas diferentes esferas da Ciência, da Filosofia e da Religião descortina a premissa inicial do quanto é desafiador a tentativa de catalogar a extensão da empregabilidade dos seus sentidos e conceitos. A ideia de autonomia então deve ser concebida a partir de uma premissa de natureza interdisciplinar, tendo em vista que a construção do seu conceito absorve nuances relacionadas à temporalidade e ao âmbito de incidência do estudo.

Sob o espectro semântico, a palavra “autonomia”, proveniente do grego, é “formada pelo adjetivo pronominal *autos*, que significa ao mesmo tempo o mesmo, ele mesmo e por si mesmo e *nomos*, que significa compartilhamento, lei do compartilhar, instituição, uso, lei, convenção”. Como significado, tem-se que autonomia é a competência humana em “dar-se suas próprias leis” (SCHRAMM *et al*, 2009, p.3).

Conforme os bioeticistas Beauchamp e Childress (2002), a palavra “autonomia” foi precipuamente empregada para designar a ideia de

autogestão ou autogoverno das cidades gregas. A partir disso, o termo foi estendido às relações individuais e adquiriu sentidos diversos, como autogoverno, liberdade, escolhas individuais, privacidade e vontade. A autonomia então “não é um conceito unívoco nem na língua comum nem na filosofia contemporânea. Muitas ideias constituem o conceito, criando uma necessidade de refiná-lo à luz de objetivos específicos”. Disso decorre que, “como muitos conceitos filosóficos, autonomia adquire um sentido mais específico no contexto de uma teoria” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.137-138).

A primeira incursão adequadamente observada sobre o entorno do conceito de autonomia deve partir de uma perspectiva filosófica. Para a filosofia kantiana, a autonomia tem representação no imperativo categórico, tendo em vista exarar a ideia de que a ação conduzida pela liberdade que define uma vontade deva simbolizar uma lei universal. “[...] A aptidão da máxima de toda a boa vontade de se transformar a si mesma em lei universal é a única lei que a si mesma se impõe a vontade de todo o ser racional, sem supor qualquer impulso ou interesse como fundamento” (KANT, 2005, p. 90-91).

A proposta kantiana da ideia de autonomia é aqui relatada com o objetivo de apontar os fundamentos preliminares do sentido filosófico do termo. Sabe-se, no entanto, que o sentido atual da ideia de autonomia, recepcionada pela maioria dos Ordenamentos Jurídicos ocidentais, não a corrobora como uma noção de conteúdo universal.

Para o principialismo bioético, a apreensão do conceito de “ação autônoma” é necessária para que se possa compreender a ideia adequada sobre o sentido bioético de autonomia. Assim, uma ação verdadeiramente autônoma demandaria que o indivíduo agisse com intenção, com entendimento, compreensão e livre de influências controladoras capazes de determinar a sua ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Tais elementos apontados como indispensáveis para a existência de uma ação verdadeiramente autônoma carregam importante dimensão subjetiva, na medida em que se referem a requisitos como discernimento e possibilidade de compreensão do discurso.

A construção do pensamento principialista sobre uma concepção adequada do que de fato possa integrar a ideia de autonomia corrobora a necessidade de admitir que há elementos de extrema subjetividade e conseqüentemente de difícil aferição associados à noção. Na lógica do principialismo bioético, restou descortinada a semente de problemas que afetam hoje as relações de saúde.

A acepção de uma ideia sobre autonomia sob o espectro da construção jurídica tem como ponto de partida o pluralismo constitucional, revelado pelo reconhecimento do multiculturalismo, da diversidade de concepções de mundo e da construção de projetos existenciais múltiplos. A tendência, não mais unificadora da vigência de uma única concepção religiosa, por exemplo, corrobora a necessidade de pensar o papel do Estado a partir da ideia de fomento à diversidade, somente possível se assumido o protagonismo do respeito à liberdade constitucional de escolha dos indivíduos.

Aqui então é possível perceber a transformação do sentido proposto pela filosofia kantiana, que se apega à ideia de uma noção universal sobre autonomia. O racionalismo kantiano contribui para a formação da base de proteção à esfera da individualidade, mas demanda reinvenção em prol de harmonizar-se com a pluralidade existencial dos sujeitos, que revela dimensões identitárias plúrimas, relativas e antagônicas.

A primeira ideia sobre autonomia numa dimensão jurídica parte justamente da compreensão dos sentidos de individualidade e personalidade. Reconhecer a autonomia como um importante pressuposto jurídico das relações sociais é também redimensionar a atuação do Estado, responsável agora por resguardar o direito de ser livre, de exercer determinadas vontades, de consentir ou de recusar.

O reconhecimento da individualidade e personalidade, como um processo inerente ao Estado de Direito, é revelado pela opção constitucional em atribuir à dignidade da pessoa humana a natureza de fundamento da República. A dificuldade em conceber uma ideia uníssona sobre o que de fato possa se traduzir como dignidade é evidente. “[...] Não é possível a construção de conceito apriorístico e universal de dignidade, pois, num mundo plural, todos têm o direito de construir a própria ideia de dignidade e viver de acordo com ela”, assim, “não obstante a dignidade seja conformada por vários valores, seu principal pilar é a liberdade” (TEIXEIRA, 2018, p.78).

A concretização da ideia de dignidade prevista na Constituição tem como vetor o exercício da liberdade, de modo que “toda hermenêutica jurídica que vise interpretar o modo possível de concretização da dignidade deve ser sempre no sentido de emancipação humana” (TEIXEIRA, 2018, p.79). Permitir que essa dignidade constitucional seja exercida demanda delegar ao indivíduo a construção do seu projeto existencial, considerando os valores que ele escolheu como direcionadores dessa existência.

O sentido de autonomia, contemplando a sua dimensão interdisciplinar, é amplo e agrega aspectos subjetivos, o que a diferencia, a partir de um olhar para o direito positivo, da ideia de capacidade. Assim como autonomia, capacidade é uma palavra que serve a uma pluralidade de significados.

A alteração, em 2015, da teoria das incapacidades, pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, culminou por determinar, nos artigos 3º e 4º do Código Civil, que apenas indivíduos menores de dezesseis anos são considerados absolutamente incapazes, adotando como critério o limite objetivo da idade. Como relativamente incapazes, a norma admitiu outras situações, como os indivíduos maiores de dezesseis e menores de dezoito anos, ébrios habituais e viciados em tóxicos, os que, por causa transitória ou permanente, não possam exprimir sua vontade e os pródigos. Resulta da classificação que o detentor da capacidade civil plena é o indivíduo maior de dezoito anos que não incide nas situações ou causas apontadas pelo artigo 4º do Código Civil brasileiro. Este indivíduo é detentor da prerrogativa da capacidade para o Direito, mas, por vezes, pode estar longe de ser considerado um indivíduo autônomo.

No âmbito das relações em saúde, é notório o quanto a obtenção dos consentimentos para execução de protocolos clínicos ou cirúrgicos tem como pressuposto apenas a aferição da capacidade. O critério objetivo étário previsto na norma é então o único elemento que contingencia a percepção do profissional no processo de averiguação do consentimento do paciente através dos termos assinados. Esse é um grande problema, tendo em vista que aferir a capacidade do indivíduo não garante uma boa avaliação sobre a sua real condição de autônomo.

Como resultante desta constatação, tem-se como fundamental compreender que, inerentes ao processo de obtenção dos consentimentos em saúde, estão as condições de vulnerabilidade. Vulnerabilidade é um conceito nascido fora da perspectiva jurídica, tendo expressão, em especial, na área de saúde, no âmbito dos estudos da bioética. A chegada desse conceito, ou seja, o reconhecimento de que cabia ao Direito disciplinar situações relacionadas à existência de vulnerabilidades, trouxe pressuposições importantes para o cerne dos processos de exercício da autonomia dos pacientes.

A ideia de vulnerabilidade é trabalhada em distintas matrizes teóricas, concernentes às abordagens filosófica, bioética, religiosa e jurídica. É ela interpretada a partir de distintos sentidos, seja como princípio, condição, categoria ou característica (NEVES, 2006). Assim, vulnerabilidade, palavra derivada do latim, significa “ferida” ou susceptibilidade de se ser ferido.

“Esta significação etimológico-conceitual, originária e radical, mantém-se necessariamente em todas as evocações do termo, tanto na linguagem corrente como em domínios especializados [...]” (NEVES, 2006, p.157).

Oposta à uma visão estanque ou hermética do sentido de vulnerabilidade, pode-se aferir o entendimento de Florência Luna, que propõe considerar o aspecto dinâmico e contextual do conceito como parte de seu próprio conteúdo. Somente a partir da proposta que contextualiza a ideia de vulnerabilidade, a partir da dinamicidade, poderia se alcançar um sentido legítimo do que, de fato, deve-se conceber como vulnerável. Assim, a vulnerabilidade deveria ser pensada mediante a ideia de capas. A metáfora das capas aponta a noção de algo mais flexível, algo que pode ser múltiplo e diferente e que, conforme cada situação, pode ser removido um a um, capa por capa. Assim, podem existir diferentes vulnerabilidades operando, elas podem se sobrepor e podem estar relacionadas a diversos problemas diferentes (LUNA, 2008).

Ao destrinchar possibilidades específicas que envolvem as vulnerabilidades, deve-se compreendê-las a partir das condições relacionadas à cada parte da relação. O médico pode também passar à condição de vulnerável se compreendido que a complexidade da ciência médica, da legislação em saúde, das demandas de mercado, hoje, acentua a sua margem de exposição. Acrescente-se, também, que a atividade médica hoje é regulada detalhadamente pelo seu respectivo Conselho de Classe, a partir de Códigos de ética, resoluções e instruções nem sempre facilmente compreendidas pelo profissional destinatário. Há ainda que se registrar o acesso fácil do paciente a informações disponíveis no *google*, o que possibilita o confronto, nem sempre amistoso, entre os conteúdos lidos inadvertidamente e a opinião técnica do profissional.

A vulnerabilidade como condição reconhecida ao paciente ganha contornos diversos, assumindo condições subjetivas, sejam de gênero, idade, escolaridade, aspectos socioeconômicos, ou qualquer outra característica pessoal.

No contexto do direito de recusa, há ainda que se considerar os problemas que envolvem a manifestação da autonomia de pessoas vulneráveis. A simples participação de um ser humano numa relação onde existem riscos à sua saúde e integridade, seja numa comum relação médico-paciente ou numa pesquisa clínica, já o coloca numa condição de vulnerabilidade. Em alguns casos, participar de uma pesquisa clínica pode ser a única forma de acessar os serviços de saúde. Assim, determinados

grupos humanos ou pessoas individualmente consideradas podem se encontrar em condições diversas de vulnerabilidades. As pessoas podem ser feridas, maltratadas, podem sentir dor e essas são possibilidades reais dentro de um ensaio clínico. Todos os indivíduos submetidos a pesquisas científicas são seres humanos vulneráveis (WENDLER, 2017, p.520).

Muitas áreas principais e entrelaçadas de debate surgiram abordando diferentes relatos de vulnerabilidade, dificultando assim um forte entendimento sobre o conceito, bem como sua aplicação consistente e concreta (RACINE; BRACKEN-ROCHE, 2019, p.20). A vulnerabilidade, enquanto um conceito que transita em diferentes áreas da Ciência, encontra significativa dificuldade de pragmatização, já que é essencialmente constituída por uma dimensão subjetiva.

É notório que não se pode considerar apenas a aferição da capacidade do paciente para fins de obtenção de qualquer decisão e formalização do termo de consentimento. Não basta cumprir então a formalidade da obtenção do consentimento sem que sejam observadas as condições pessoais do indivíduo envolvido, aferidas através da percepção de suas vulnerabilidades. A percepção das vulnerabilidades ressignifica o sentido de autonomia para a relação médico-paciente e contribui para legitimar a recusa terapêutica.

## **2 O DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTO MÉDICO**

O conflito que origina a possibilidade de reconhecer que pessoas tenham direito de recusar tratamentos médicos tem ponto de partida o problema da definição do conceito de vida e a atribuição do seu valor e proteção.

A constatação de que a vida, sob o ângulo da origem, composição e fim, não pode ser plenamente explicada por postulados puramente científicos evidencia a controvérsia sobre a construção de um único conceito ou visão. Este primeiro pressuposto é essencial para a compreensão das situações que podem envolver o sentido de dignidade existencial do ser humano, relacionada diretamente à ideia de autonomia (MEIRELLES, AGUIAR, 2018, p.129). Assim, “a apreciação da vida humana como bem jurídico conduz à ideia de que outros valores tutelados constitucionalmente lhe sejam confrontados” (MORAES; PIRES, 2005, p.89).

Em importante trabalho sobre o direito de recusa à transfusão sanguínea dos pacientes, Celso Ribeiro Bastos aponta algumas premissas que merecem ser

destacadas. A Constituição acaba por assegurar, do ponto de vista técnico, “a inviolabilidade do direito à vida, assim como o faz quanto à liberdade, intimidade, vida privada, e outros tantos valores albergados constitucionalmente. Não se trata, propriamente, de indisponibilidade destes direitos”. Para o autor, deve-se ter como premissa o fato de que “por inviolabilidade deve compreender-se a proteção de certos valores constitucionais contra terceiros. Já a indisponibilidade alcança a própria pessoa envolvida, que se vê constrangida já que não se lhe reconhece qualquer discricionariedade em desprender-se de determinados direitos” (BASTOS, 2000, p.8).

No mesmo sentido, há quem entenda que “temos direito à vida em relação aos outros, no sentido de que os outros não podem tirar nossa vida. Não há, contudo, algo que estabeleça a existência do mesmo dever para cada um dos seres humanos vivos em relação a si mesmos” (COSTA E FONSECA, 2011, p.492).

Disso resulta a pertinência da discussão com a possibilidade de recusar transfusão de sangue pelos Testemunhas de Jeová por exemplo. A decisão consciente e autônoma do cidadão que opta por recusar o recebimento de sangue assenta, especialmente, no argumento da dignidade, capaz de desautorizar o médico a proceder de maneira compulsória. O recebimento de sangue pelo convicto fere a sua concepção de vida digna e deslegitima o Estado a obrigá-lo a aceitar o procedimento por decisão de outrem, estando ele consciente das implicações decorrentes da sua decisão, tendo em vista o dever informativo concernente à tarefa do profissional envolvido.

Repara-se então que a discussão em torno do exercício da autonomia perante a continuidade da própria existência não está unicamente contingenciada pela aferição de estados terminais. A pluralidade das convicções humanas aponta para discutir também a possibilidade de que, mesmo diante de doenças graves que expressem estados não terminais, as pessoas decidam pela prevalência de uma decisão que tenha como resultado a violação de sua integridade física ou a interrupção de sua vida.

É sabido, no entanto, que a discussão em torno da possibilidade de recusar tratamentos médicos continua expressivamente ligada a quadros clínicos de estados terminais, fomentando a necessidade de pensar a assistência ao processo de morte, motivada pela diminuição do sofrimento e da dor que podem acometer os indivíduos ao final das suas vidas. Ao lado da possibilidade de contemplar as decisões autônomas dos indivíduos em seus processos finais, surge o pressuposto de que eles são titulares do direito de morrer dignamente (MEIRELES; AGUIAR, 2017, p.719).

Alguns elementos se tornaram fulcrais para o alcance deste propósito, de modo que a definição de morrer com dignidade reconhece a qualidade intrínseca e incondicional do valor do ser humano, mas também as qualidades externas de conforto físico, autonomia, significando plenitude, preparação e conexão interpessoal (COOK; GRAEME ROCKER, 2014, p.2506).

O reconhecimento do direito de recusa à submissão a tratamentos médicos é um movimento expansivo e global, normatizado por alguns países e que ultrapassa a fronteira estabelecida historicamente do caráter absoluto ou da total indisponibilidade do direito à vida. Países como Holanda e Bélgica adotaram caminhos legais para o reconhecimento pleno da autonomia dos pacientes terminais para decidir sobre a sua própria morte. No mesmo sentido, o Estado americano de Oregon, que reforçou a admissibilidade de procedimentos, e a Espanha, que manifestou tímidos avanços legais sobre a autonomia do paciente em final da vida (DURÁN, 2004).

O art. 15 do Código Civil determina que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. A primeira ideia extraída do dispositivo é o fato de que a proposição normativa aponta para uma confusão na interpretação do seu conteúdo, criando, em primeira linha, controvérsia a respeito das hipóteses em que podem ser admitidas as negativas terapêuticas por parte dos pacientes. Isso não retira, acrescente-se, o fato de que reconheceu o direito civil brasileiro que a recusa a tratamento médico integra prerrogativa fundamental à construção da personalidade do indivíduo.

A crítica ao dispositivo parte do fato de que a norma usou a expressão “com risco de vida” para disciplinar a possibilidade de recusa, o que tem fomentado discussões quanto às situações em que não há o risco mencionado. Disso resulta que a má redação do artigo pode implicar em interpretá-lo restritivamente (TEIXEIRA, 2010, p.299). Caberia à norma apenas determinar que ninguém pode ser constrangido a submeter-se a tratamentos médicos, o que inclui terapêuticas e intervenções cirúrgicas, sem que seja observada a sua vontade.

A intervenção compulsória em prol de constranger qualquer indivíduo à submissão de um tratamento médico determinado contraria a lógica dos direitos constitucionais e a sistemática dos direitos da personalidade, o que não corrobora a dignidade da pessoa humana como um valor fundamental (SCHREIBER, 2011). Pugna-se por uma interpretação do artigo 15 do

Código Civil que contemple a lógica dos direitos da personalidade a partir do respeito à autonomia do indivíduo. A interpretação ideal parte então do fato de que, havendo ou não risco de vida, há de se preservar a prerrogativa do direito de recusa em prol da proteção da esfera personalíssima da pessoa que optou por não executar um determinado protocolo terapêutico.

Somente pode-se pensar na interpretação adequada do artigo 15 do Código Civil se admitida ideia anterior de que não recai sobre o direito à vida a dimensão da intangibilidade. Como afirma Ana Carolina Teixeira, “não há que se falar na existência de direito absoluto no ordenamento brasileiro, no sentido de não poder ser relativizado em nenhuma hipótese” (TEIXEIRA, 2010, p. 301).

Agravando as controvérsias em torno do Código Civil, eis o conteúdo previsto no artigo 146, §3º, I do Código Penal que determina que não constitui crime de constrangimento ilegal a intervenção médica ou cirúrgica feita sem o consentimento do paciente ou de seu representante, caso seja justificada por iminente perigo de vida. Aqui reside importante crítica à sistemática conferida pelo direito brasileiro no que tange ao reconhecimento da recusa a tratamento médico. Pode-se pensar que o Código Penal esvazia a disciplina conferida pelo Código Civil, na medida em que avaliza decisões médicas que contrariem a vontade do paciente, ainda que este tenha manifestado seu entendimento em sentido oposto. Assim, conforme afirmam alguns autores, “se a transfusão sanguínea for necessária para salvar a vida do paciente, não pode ser considerada uma violação da autonomia de vontade da testemunha de Jeová” (TAKASCHIMA et al, 2016, p.639).

O aval prescrito no Código Penal tem fundamentado decisões médicas em prol de transfundir pacientes que se recusam a receber sangue por convicções religiosas ou, ainda, numa escala mais alargada, para justificar a continuidade de tratamentos médicos desproporcionais em situações de terminalidade. Legítimo seria que a disciplina da recusa a tratamentos médicos fosse revista pelas normas brasileiras, considerando o Direito como um sistema harmônico, que se integre e se complete. Enquanto tal disciplina não é revisada, é fundamental conferir a interpretação ao Código Penal que não desconstrua a esfera individual da personalidade da pessoa, que respeite o seu projeto de existência pessoal.

Residualmente, a recusa terapêutica foi regulamentada por Resoluções do Conselho Federal de Medicina. A Resolução 2232/2019 do CFM estabelece normas sobre a recusa terapêutica por pacientes e sobre a objeção de consciência concernente à relação. A Resolução

1995/2012 estabelece regras sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, instrumento de formalização da recusa a tratamentos médicos em situações de terminalidade.

A Resolução 2232/2019, em seu artigo 2º, reconhece que “é assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente”, dispondo ainda que “o médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento quando disponível.” A Resolução veda a possibilidade de que o médico atenda à recusa do paciente quando este for menor de idade ou adulto que “não esteja no pleno de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros”, prevendo que, em caso de discordância com o assistente, representante ou familiares, deve o profissional comunicar o fato às autoridades competentes visando garantir o melhor interesse do paciente.

A referida Resolução anda bem em alguns pontos, quando alinhada à normativa ordinária vigente, mas cria perspectivas não contempladas por lei, fato motivador para propositura de ações judiciais que suspenderam a eficácia de alguns de seus artigos. Previu a Resolução que “a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto”. Por decisão judicial, em sede da ação civil pública 5021263-50.2019.4.03.6100, ajuizada pelo Ministério Público Federal, a Justiça Federal mandou suspender a eficácia desta previsão, bem como parcialmente os artigos 6º e 10º, entendendo o magistrado, na sua decisão, que “somente o risco efetivo à vida ou saúde da gestante e/ou feto deve ser considerado como justificativa legal para afastar a escolha terapêutica da gestante em relação ao parto”.

Acrescente-se que a Resolução não pode inovar na Ordem Jurídica, devendo manter-se alinhada à perspectiva constitucional vigente, onde já se pode reconhecer o direito de recusa como uma dimensão da dignidade da pessoa humana. A Resolução não pode conferir limitações a este exercício, mas, tão somente, disciplinar as condutas dos profissionais submetidos a ela a partir do liame já definido pela legislação ordinária.

Há, ainda, que se registrar a possibilidade de uso de tratamentos alternativos no que tange à recusa à transfusão sanguínea em caso

de pacientes testemunhas de Jeová, embora a questão permaneça controversa quanto à eficácia das terapias secundárias para todos os quadros clínicos e quanto à aceitação de tais alternativas por todos os pacientes (CHEHAIBAR, 2010; GARRAFA; AZAMBUJA, 2010).

A Resolução 1995/2012, que reconhece o direito de recusar tratamentos médicos, através das Diretivas Antecipadas de Vontade, manteve-se alinhada ao Código Penal, que não descriminaliza a eutanásia, sem prejuízo das críticas que saltam aos olhos de quem conhece profundamente a temática. Manteve-se, então, conforme a Resolução, a possibilidade de que, em caso de situações ortotanásicas, poderá o paciente manifestar o seu desejo de recusa a protocolos terapêuticos, devendo, sempre, tal possibilidade ser avaliada pelo profissional responsável. O direito de morrer dignamente e as discussões sobre doenças que avançam para estados terminais compõem temática que demandam reflexões outras não cabíveis na proposta desta abordagem, mas representa uma das formas admitidas de recusa terapêutica no direito brasileiro.

### **3 INFORMAÇÃO E COMPREENSÃO COMO CONTEÚDOS FUNDAMENTAIS**

Os direitos relacionados à existência humana, como a vida, a saúde e as integridades física e psíquica, são tradicionalmente abraçados, considerando argumentos culturais e morais, pelo estigma social da sacralidade (ou intangibilidade). Assim, foram e permanecem, muitas vezes, concebidos socialmente como indisponíveis, ou seja, não direcionados pelo exercício da autonomia.

As complexas relações humanas, inseridas aí as relações de saúde, hoje evidenciam que o estigma da intangibilidade da vida passou a ser questionado, na medida em que a pluralidade moral e o multiculturalismo demandaram reconhecimento, associados, crescente-se, ao acesso à educação, capaz de pluralizar visões opostas sobre uma mesma situação (TAYLOR, 1998; GEERTZ, 2012).

Quando a situação, nascida no âmbito de uma relação de saúde, está fundamentada na perspectiva do exercício da autonomia, passa-se a demandar a necessidade de compreender o direito à vida a partir de dimensões ontológicas múltiplas. A dimensão puramente biológica, alicerçada pelo discurso de manter o ser humano vivo a qualquer custo, torna-se insuficiente na medida em que se reconhece moralmente que o direito de exercer a autonomia tem uma faceta fundamental para a construção do projeto existencial de cada pessoa.

Compete ao profissional da Medicina o dever de informação adequada ao paciente em prol da obtenção correta do seu consentimento. Este pressuposto parece simples e elementar, mas descortina uma realidade delicada, na medida em que aponta evidentes conflitos éticos e jurídicos. Emergem da relação médico-paciente conflitos originados do processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido, relacionados principalmente a informações insuficientes e mal compreendidas. Este problema é agravado pela relação onde o paciente manifesta a recusa a submeter-se ao tratamento terapêutico sugerido, já que, em muitas situações, o profissional imprimirá esforços para convencê-lo do contrário.

Este pressuposto aponta para o surgimento de novos entendimentos no que tange à necessidade de reformulação do conceito de autonomia. Ultimamente, a recusa a tratamento médico foi analisada sob a ótica da autonomia individual, com ênfase na escolha e autodeterminação dos direitos do paciente, por influência de concepções bioéticas predominantes. Dentro dos cuidados de saúde, os pacientes, incluindo os Testemunhas de Jeová, procuram médicos não necessariamente porque livremente os escolhem, mas porque deles necessitam, de modo que, muitas vezes, não há uma escolha direta sobre determinados profissionais. Propõe-se separar a autonomia da ideologia do individualismo e do conceito de independência individual, assim, surgiria uma concepção relacional de autonomia, enraizada numa ética de cuidado, que pugna pela interdependência dos indivíduos e pela relacionalidade das decisões (RAJTAR, 2018, p.192).

O exercício da autonomia é revelador de expressivos conflitos de moralidade. “O próprio sentido a ser reconhecido no conceito de autonomia pode emanar espectros morais distintos, ou seja, denotar coeficientes culturais fincados em convicções de ordem individual difíceis de harmonização ou convivência”. As pessoas são, pois, diferentes moralmente e por isso podem expressar decisões morais distanciadas ou estranhas entre si. A concretização da decisão autônoma pode muitas vezes “restar obstada por barreiras de fundo moral, reveladas por meio de limites emanados de recomendações éticas ou normas jurídicas”. (MEIRELES; AGUIAR, 2017, p.728).

As relações em saúde são naturalmente consolidadas pela manifestação do consentimento, reduzido à assinatura de um termo, tradicionalmente conhecido como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A autonomia então é manifestada por meio da expressão direta da vontade do paciente, que é o responsável por ler, compreender, preencher e assinar este documento.

O termo é concebido culturalmente como um processo de formalização para evitar conflitos jurídicos no futuro e não é resultado, na grande maioria das vezes, de um processo de obtenção da decisão do paciente de maneira adequada. Nem sempre quem assina o termo de consentimento compreendeu adequadamente e/ou em totalidade todas as informações prestadas no instrumento. “A não compreensão adequada do conteúdo reduzido a termo é um problema persistente no âmbito da reflexão bioético-jurídica” (MEIRELES; AGUIAR, 2017, p.729). Em sede de recusa a tratamento médico, em situações terminais ou não, compete ao profissional compreender que o processo de obtenção da decisão deve obedecer às etapas que perpassam pela aferição da compreensão pelo sujeito, previamente vulnerável numa relação onde o conhecimento técnico é de domínio significativo apenas do médico.

Cabe então refletir sobre a ocorrência do elemento “compreensão” no cerne das relações de saúde. Conforme Beauchamp e Childress (2002), autores da bioética principialista, deve-se partir da importante distinção entre pessoas autônomas e ações autônomas. Uma ação considerada realmente autônoma deverá reunir indispensavelmente três pressupostos: deve ser manifestamente intencional; estar livre de influências; deve pressupor a compreensão das informações em totalidade. Tais elementos propostos pelos autores como indispensáveis à aferição de uma ação realmente autônoma evidenciam o caráter subjetivo dessa identificação. A concepção de autonomia numa perspectiva bioética desloca-se para a consideração da situação pessoal do agente manifestante da vontade, avaliando-o, inclusive, sob o manto da vulnerabilidade diante da relação em que deva manifestar consentimento.

Estudos atuais acompanham o percalço da bioética principialista à medida em que estabelecem a relação da autonomia com as opções, informações, coerções, ou todo e qualquer elemento que possa influenciar o ser humano na construção de sua decisão sobre determinado assunto. Significa então assumir que certas capacidades, incluindo capacidades mentais de raciocínio e racionalidade, bem como características psicológicas como o autocontrole, também são necessárias para o exercício adequado da autonomia (AHMED, 2017, p.240).

A informação é elemento fundamental na construção de processos decisórios autônomos adequados. A informação, quando dada pelo médico, é capaz de revelar opções terapêuticas disponíveis, riscos do tratamento, ponderação quanto às vantagens e desvantagens da hospitalização ou das diversas técnicas a serem empregadas, revelação quanto aos prognósticos e

ao quadro clínico e cirúrgico, bem como qualquer detalhamento relacionado à situação clínica do indivíduo. A informação, quando dada pelo paciente, também é fundamental para construção adequada das decisões e sugestões médicas. Assim, pode-se, de logo, esclarecer que a informação é um dever recíproco, cabível em prol da construção de uma relação autônoma e segura.

A informação dentro da relação médico-paciente não pode se distanciar de um elemento fático que é a assimetria (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). O médico ocupa perante o paciente uma posição de poder, concedida pelo pressuposto da técnica e do conhecimento. Disso resulta que a articulação do discurso é um dever do profissional, uma preocupação humanizante, uma conduta preventiva, profilática. A informação não pode ser concebida como uma obrigação técnica a ser cumprida, precisa ser uma obrigação com credibilidade, pormenorizada, detalhada, conduzida por uma preocupação ética.

As novas tecnologias podem facilitar a dinâmica de atuação dos médicos, mas precisam ser observadas cuidadosamente em relação aos pacientes. Nem todas as pessoas manejam recursos, informações e elementos tecnológicos com facilidade, por isso, podem precisar de orientações mais extremas, mais pontuais, considerando a sua condição de vulnerabilidade.

O consentimento informado está, portanto, intimamente ligado ao conceito de informação, que deve ser compreendida como um processo gradual, que avança progressivamente, não podendo ser reduzido a um simples documento escrito. A redução do conteúdo do consentimento à forma escrita não é suficiente para comprovar que a informação foi devidamente passada. Isto porque as vulnerabilidades, enquanto características singulares do indivíduo, funcionam como óbices ao processo de informação adequada. Assim, o alcance da informação não ocorre com a formação de um documento escrito, já que é necessário atentar para um outro elemento que integra um consentimento verdadeiramente informado: a compreensão.

Como dito, a construção das bases teóricas para uma autonomia adequada em termos de relação médico-paciente deve partir da ideia de ação autônoma, preliminarmente trabalhada pelo principialismo. A escolha autônoma é o ato de governar efetivamente e não significa puramente o autogoverno, pois, mesmo as pessoas autônomas com capacidades de autogoverno, podem não governar a si mesmas em razão de restrições temporárias impostas por doença, pela ignorância, pela coerção, pela fome, pela falta de conhecimento ou por condições que restringem as

opções. Uma ação autônoma pressupõe, então, intenção, entendimento ou compreensão e ausência de influências controladoras (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A capacidade de autogovernar-se, considerando o sentido jurídico do conceito, é insuficiente para pensar na presença da autonomia real do indivíduo. Somente na esfera da vulnerabilidade, onde estão as motivações capazes de impedir a compreensão, é que se pode pensar no desenvolvimento do sentido adequado da autonomia e da legitimidade dos consentimentos escritos. Informar e compreender adequadamente tornam-se pressupostos fundamentais ao exercício do direito de recusa. Não há como exercer o direito de recusa sem que todas as informações relacionadas à situação possam restar evidentes e compreendidas.

#### 4 CONCLUSÃO

O direito de recusa a tratamentos médicos é ainda prerrogativa que evidencia controvérsias nos diversos âmbitos da Ciência, da Religião e da Ética, posto ter relação direta com a refutação do caráter intangível da vida, pressuposto construído ao longo da história culturalmente. O ponto de partida então para compreender como o direito de recusa se constitui como fundamental à existência humana é repensar o estigma de absoluto que repousou sobre o direito à vida a partir das dimensões religiosa e moral.

As múltiplas dimensões da moralidade, da religião e da cultura apontam para a necessidade de compreender o pressuposto da autonomia a partir de um sentido plúrimo, que reconheça a subjetividade como vetor que justifica projetos e concepções de vida diferentes.

A disciplina normativa parte da Constituição Federal, do Código Civil e do Código Penal. A legislação infraconstitucional deve ser repensada no sentido de representar melhor harmonização em seus comandos prescritos, evitando interpretações sobrepostas de conteúdos mal redigidos. A legislação penal não pode ser o único ponto de partida para a solução do conflito, compete ao jurista compreender a recusa como uma prerrogativa originada de conteúdos constitucionais. As Resoluções do Conselho Federal de Medicina devem manter o alinhamento aos comandos da legislação ordinária vigente, de modo a não criar prerrogativas ou supressões de direitos que não coadunam a vontade do legislador.

O reconhecimento da autonomia como fundamental à consubstanciação da relação médico-paciente legítima corrobora a admissibilidade da recusa terapêutica em diferentes situações clínicas. Deve-se interpretar que a recusa não é apenas um direito garantido na esfera da terminalidade, mas, também em situações em que o indivíduo está fortemente convencido da opção que fundamenta as suas convicções. Assim, foi proposta uma investigação que identificasse, nas esferas da Bioética e do Direito, os fundamentos que alicerçam a possibilidade de que sujeitos autônomos recusem tratamentos médicos em situações que não envolvam quadros clínicos com condição terminais.

Para o exercício adequado do direito de recusa, há de se considerar, como pressupostos fundamentais, o dever de informação recíproco, entre o médico e o paciente, e a compreensão destas informações. Não há como se pensar numa relação legítima sem que se compreenda a relevância de tais pressupostos, tendo em vista terem a capacidade de legitimar o desfecho das condutas. A recusa terapêutica tem fundamento nas garantias constitucionais e reflete uma esfera intangível de proteção da dignidade humana.

## REFERÊNCIAS

AHMED, Farrah. The Autonomy Rationale for Religious Freedom. *The Modern Law Review Limited*, 2017: 80(2), p.238–262.

BASTOS, Celso Ribeiro. Direito de recusa dos pacientes, de seus familiares ou dependentes, às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas. *Parecer*, 23 de novembro de 2000.

BRASIL. *Constituição Federal*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. *Código Civil*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. *Código Penal*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

- CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciências e Saúde coletiva*, 9(1):139-146, 2004.
- CHEHAIBAR, Graziela Zlotnik. *Bioética e crença religiosa: Estudo da relação medico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue*. Tese. Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2010.
- COOK, Deborah; GRAEME ROCKER. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The new England Journal of Medicine*. June 26, 2014.
- COSTA E FONSECA, Ana Carolina. Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: uma discussão filosófica. *Revista Bioética*, v.19, n.2, 2011. p. 485-500.
- CFM. *Resolução 1995/2012*. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 04 fev. 2020.
- CFM. *Resolução 2232/2019*. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>>. Acesso em: 04 fev. 2020.
- DURÁN, María Ángeles. La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2004. Disponível em: <<http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS106031167998092686pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2020.
- GARRAFA, Volnei; AZAMBUJA Letícia. Testemunhas de jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.56 n.6 São Paulo, 2010, p.705-710.
- GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2012.
- KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70, 2005.
- LUNA, Florência. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas (CONICET/FLACSO) Publicado en *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo N° 1, 2008, pp.: 60-67. Disponível em: <[http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna\\_F\[1\].\\_Vulnerabilidad\\_la\\_metafora\\_de\\_las\\_capas.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F[1]._Vulnerabilidad_la_metafora_de_las_capas.pdf)>. Acesso em: 08 jan. 2020.

MEIRELLES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. *Revista Brasileira de Direito Animal*, v. 03, n.1, jan./abr. 2018. p.123-147.

MEIRELES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. Prática médica e diretiva antecipadas de vontade: uma análise ético-jurídica da conformação harmônica entre os pressupostos autonomia e alteridade. *Revista Jurídica Cesumar*, set./dez. 2017, v. 17, n. 3, p. 715-739.

MORAES, Rodrigo; PIRES, Rodrigo. Transfusão de sangue em pacientes testemunhas de jeová: religião, ética e discurso jurídico penal. *Revista Jur. UNIJUS*, Uberaba MG, V.8, n.8, p.8797, maio 2005.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, v.2, n.2, 2006.

RAJTAR, Malgorzata. Relational autonomy, care, and Jehovah's Witnesses in Germany, *Bioethics*, 2018; 32: p.184-192.

RACINE, Eric; BRACKEN-ROCHE, Dearbhail. Enriching the concept of vulnerability in research ethics: An integrative and functional account. *Bioethics*, 2019: 33, p.19-34.

SCHREIBER, Anderson. *Direitos da personalidade*. São Paulo: Atlas, 2011.

SCHRAMM, Fermin Roland; SEGRE, Marco; LEOPOLDO e SILVA, Franklin. O Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia. *Revista Bioética*, v.6, n.1, 2009. Disponível em: [revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/321](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/321)>. Acesso em: 04 fev. 2020.

TAKASCHIMA, Augusto et al. Dever ético e legal do anestesiológista frente ao paciente testemunha de Jeová: protocolo de atendimento. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2016, 66(6), p.637-641.

TAYLOR, Charles. *Multiculturalismo*. Examinando a política de reconhecimento. Tradução Marta Machado. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochardo. Autonomia existencial. *Revista Brasileira de Direito Civil*, Belo Horizonte, v.16, abr./jun. 2018, p.75-104.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochardo. *Saúde, corpo e autonomia provada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

WENDLER, David. A pragmatic analysis of vulnerability in clinical research. *Bioethics*. 2017: 31, p. 515–525.

WONG, David. Blood transfusion and Jehovah's Witnesses revisited: Implications for surgeons. *Surgical Practice*, 2012: 16, p.128–132.