



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-graduação em Direito**

TATIANE GOMES SILVA SANTOS

**A COMPREENSÃO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL AO EXERCÍCIO DA
AUTONOMIA DO PACIENTE A PARTIR DAS CONDIÇÕES DE
VULNERABILIDADE**

Salvador
2021

TATIANE GOMES SILVA SANTOS

**A COMPREENSÃO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL AO EXERCÍCIO DA
AUTONOMIA DO PACIENTE A PARTIR DAS CONDIÇÕES DE
VULNERABILIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Profa. Dra. Ana Thereza Meirelles Araújo.

Salvador
2021

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

S237 Santos, Tatiane Gomes Silva

A compreensão como elemento fundamental ao exercício da autonomia do paciente a partir das condições de vulnerabilidade / Tatiane Gomes Silva Santos – Salvador, 2021.

139 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Direito.

Orientador: Profa. Dra. Ana Thereza Meirelles Araújo.

1. Paciente 2. Autonomia 3. Informação 4. Vulnerabilidade 5. Compreensão

I. Araújo, Ana Thereza Meirelles – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU: 347.56:614.253

TERMO DE APROVAÇÃO

Tatiane Gomes Silva Santos

“A compreensão como elemento fundamental ao exercício da autonomia do paciente a partir das condições de vulnerabilidade”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Direito da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 06 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora:



Prof.(a)s. Dr.(a)s. Ana Thereza Meireles Araújo - UCSAL (orientadora)

TAGORE TRAJANO Assinado de forma digital por

DE ALMEIDA SILVA

TAGORE TRAJANO DE ALMEIDA SILVA

Dados: 2021.12.15 20:08:52 -03'00'

Prof.(a) Dr.(a) Tagore Trajano de Almeida Silva - UCSAL



Prof.(a) Dr.(a) Renata Oliveira Almeida Menezes – UFRN

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus queridos antepassados, pela constante orientação e proteção.

Aos meus amados pais, que me deram a oportunidade de vir ao mundo e sempre me deram a estrutura necessária para que eu pudesse realizar os meus objetivos. Agradeço pelo apoio e incentivo.

Ao meu filho, Davi, e às minhas sobrinhas, Ayla e Anna, que trazem tanta alegria às nossas vidas.

À professora Ana Thereza Meirelles, orientadora, pela assistência na elaboração do presente estudo. Sempre tão atenciosa, organizada, humana. Uma pessoa maravilhosa, que me transmitiu muita confiança e que tanto me ajudou, enquanto orientadora segura e inteligentíssima. Obrigada, professora Ana. Na verdade, não tenho palavras para expressar a gratidão que sinto por ter colaborado na realização do meu sonho.

Aos professores integrantes da banca pelas observações apontadas, que tanto enriqueceram a construção do presente trabalho, e aos demais docentes que, à sua maneira, sem dúvida, também, contribuíram para a conclusão desta dissertação.

Ao colega, Rafael Silva Verdival, por sua boa vontade em disponibilizar seu tempo sempre que eu precisava.

À amiga Paula Kelsch, pelo aconselhamento e incentivo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
art.	Artigo
CC	Código Civil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

RESUMO

A presente Dissertação tem por objetivo analisar a compreensão no exercício da autonomia do paciente a partir das condições de vulnerabilidade. Para tanto, fez-se necessário estudar a relação médico-paciente, seu histórico, sua concepção atual e a influência da bioética na construção adequada da relação. Em seguida, busca-se discutir acerca da autonomia e da vulnerabilidade no âmbito da relação médico-paciente. A vulnerabilidade como categoria a ser considerada, seu conceito e tipos a partir de diferentes classificações também foi examinada, à luz de diferentes situações. Foi apresentado o conceito de autonomia dentro do ordenamento jurídico, perpassando a autonomia da vontade, a autonomia privada e a autonomia em sua concepção bioética. Se fez importante também o estudo da distinção entre a autonomia na bioética e a capacidade civil. Considerando tais análises, passa-se estudar o consentimento informado, seu conceito, natureza jurídica e efeitos. Uma investigação acerca da informação como pressuposto do consentimento informado também foi realizada. De igual maneira, foi destacada a importância da compreensão da informação para outorga do consentimento informado. Enfim, chega-se à reflexão acerca da compreensão como elemento fundamental ao exercício adequado da autonomia e a incidência das vulnerabilidades. Foi dado enfoque à influência das vulnerabilidades no processo de compreensão e de tomada de decisões, bem como o dever de preocupação dos médicos com a compreensão dos pacientes. Abordou-se também a necessidade das informações serem claras e mediadas por uma linguagem acessível, sobretudo quando não há adesão aos tratamentos médicos propostos. Por fim, abordou-se a responsabilidade civil do médico e o seu dever de zelar pela compreensão do paciente acerca do tratamento proposto.

Palavras-chave: Paciente; autonomia; informação; vulnerabilidade; compreensão.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the understanding in the exercise of patient autonomy from the conditions of vulnerability. Therefore, it was necessary to study the doctor-patient relationship, its history, its current conception and the influence of bioethics in the proper construction of the relationship. Then, it seeks to discuss autonomy and vulnerability in the context of the doctor-patient relationship. Vulnerability as a category to be considered, its concept and types from classifications was also examined, in light of different situations. The concept of autonomy within the legal system was presented, permeating the autonomy of the will, private autonomy and autonomy in its bioethical conception. The study of the distinction between autonomy in bioethics and civil capacity was also important. Analysis of such analyses, the consent, its concept, legal nature and effects are studied. An investigation into information as a presumption of consent was also carried out. Likewise, the importance of understanding the information for granting express consent was highlighted. Finally, it comes to a reflection on understanding as a fundamental element for the proper exercise of autonomy and a number of vulnerabilities. Focus was given to the influence of vulnerabilities in the process of understanding and decision-making, as well as the duty of physicians to be concerned with the understanding of patients. The need for clear information mediated by accessible language was also addressed, especially when there is no adherence to the proposed medical treatments. Finally, the civil liability of the physician and their duty to ensure the patient's understanding of the proposed treatment was addressed..

Keywords: Patient; autonomy; information; vulnerability; understanding.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	13
2.1 HISTÓRICO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	13
2.2 CONCEPÇÃO ATUAL DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	20
2.2.1 Reconhecimento da autonomia e o afastamento do paternalismo forte	23
2.2.2 Natureza jurídica da relação médico-paciente	27
2.3 A INFLUÊNCIA DA BIOÉTICA NA CONSTRUÇÃO ADEQUADA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	29
2.3.1 A Bioética principialista.....	33
2.3.2 Outras matrizes da Bioética	37
2.3.3 As Declarações Internacionais sobre Bioética	41
3 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO.....	45
3.1 A AUTONOMIA NA PERSPECTIVA JURÍDICA	45
3.1.1 Autonomia da vontade.....	47
3.1.2 Autonomia privada.....	49
3.2 A AUTONOMIA NA BIOÉTICA: UM PANORAMA DO PRINCIPIALISMO	53
3.3 A NECESSÁRIA DISTINÇÃO ENTRE AUTONOMIA E CAPACIDADE CIVIL	56
3.4 A VULNERABILIDADE COMO CATEGORIA A SER CONSIDERADA	60
3.4.1 Conceito de vulnerabilidade	63
3.4.2 Tipos de vulnerabilidade a partir de diferentes classificações.....	67
3.4.3 Descrição de vulnerabilidades a partir de múltiplas situações	69
4 ASPECTOS JURÍDICOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO	74
4.1 CONCEITO, NATUREZA E EFEITOS DO CONSENTIMENTO	74
4.2 A INFORMAÇÃO COMO PRESSUPOSTO DO CONSENTIMENTO.....	83
4.2.1 Clareza da informação	90
4.2.2 A transmissão da informação enquanto processo contínuo	92
4.3 A COMPREENSÃO DA INFORMAÇÃO COMO NECESSÁRIA AO CONSENTIMENTO	92
5 A COMPREENSÃO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL AO EXERCÍCIO ADEQUADO DA AUTONOMIA E A INCIDÊNCIA DAS VULNERABILIDADES	97
5.1 A INFLUÊNCIA DAS VULNERABILIDADES NO PROCESSO DE COMPREENSÃO	101
5.2 O DEVER DE SER COMPREENDIDO: NOTAS FUNDAMENTAIS	106
5.2.1 Aspectos da informação que facilitam a capacidade de assimilação	109

5.2.2 A necessidade da clareza da informação quanto à possibilidade de não adesão ao tratamento	110
5.3 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO E O SEU DEVER DE ZELAR PELA COMPREENSÃO DO PACIENTE ACERCA DO TRATAMENTO PROPOSTO	112
6 CONCLUSÃO	118
REFERÊNCIAS.....	121

1 INTRODUÇÃO

Para que uma pessoa seja verdadeiramente autônoma em suas decisões, é necessário que ela de fato compreenda a sua realidade. Uma compreensão deveras livre de quaisquer influências somente pode ser engenhada por aqueles que se encontram capazes de determinar as suas ações de acordo com os seus próprios julgamentos e convicções.

Ocorre que diversas situações podem apresentar-se como condição limitante a uma devida compreensão por parte do indivíduo, tais como: o analfabetismo, a própria doença, a falta de instrução, a imaturidade etc. Por isso, torna-se importante avaliar de forma harmônica o direito de os pacientes exercerem as suas autonomias mesmo diante de determinadas vulnerabilidades. Logo, as respectivas vulnerabilidades apresentam-se como algo extremamente relevante na análise da autonomia de cada indivíduo.

Tendo em vista a atual configuração da relação médico-paciente, que deve ser pautada na comunicação e na autonomia, a compreensão das informações fornecidas pelo profissional de saúde é essencial para o êxito do tratamento. Em verdade, é a informação adequada que viabiliza a autodeterminação do paciente de modo a possibilitar-lhe uma escolha consciente.

Este trabalho se propõe a estudar a compreensão como elemento fundamental ao exercício adequado da autonomia – elemento este que esteve ao longo dos tempos ignorado e pouco investigado pelos teóricos das ciências médicas. Ora, o direito à autonomia de forma meramente teórica, sem que na prática os pacientes possam efetivamente exercê-lo, perde a razão de ser.

Isso porque a autonomia dos pacientes somente será alcançada por meio da compreensão das informações em consonância com as suas realidades específicas e particularidades. Deste modo, devem ser consideradas as vulnerabilidades que maculam o processo de livre decisão do paciente, na medida em que limitam a compreensão acerca do tratamento médico ofertado.

Para melhor entendimento da temática, inicialmente foi feita uma análise do histórico da relação médico-paciente, com o objetivo de melhor conhecer as bases de sua atual estruturação. A partir deste percurso histórico, abordou-se a concepção atual da relação médico-paciente, sendo discutida a sua natureza jurídica e a sua obediência aos preceitos éticos do Código Civil de 2002 e do Código de Ética Médica.

Foi destacado como o paternalismo médico exerceu forte influência nas relações durante muito tempo e como o reconhecimento da autonomia dos pacientes foi capaz de mitigá-lo. A Bioética, com sua perspectiva humanista e ética, também exerceu um papel significativo na construção adequada da relação. A bioética principialista também ganhou destaque na abordagem, por ser uma corrente da bioética expressiva e conhecida como proposta de resolução de conflitos que podem ocorrer no âmbito da saúde.

Em seguida, foram feitas breves considerações acerca das matrizes da Bioética com a finalidade de apontar um panorama de multiplicidade de entendimentos que podem auxiliar na compreensão devida da relação entre médicos e pacientes. Ao final deste segundo capítulo, as Declarações Internacionais sobre Bioética foram abordadas, sendo dado especial destaque à Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, por representar uma mudança paradigmática no conceito de Bioética. Alguns princípios da referida Declaração foram destacados em razão de estarem diretamente relacionados à configuração adequada da relação entre médicos e pacientes.

No capítulo III, uma discussão acerca da autonomia e da vulnerabilidade no âmbito da relação médico-paciente foi trazida à baila, pois atualmente a configuração adequada das relações entre médicos e pacientes demanda uma análise harmônica de tais elementos. Nesse sentido, a vulnerabilidade, enquanto condição inerente ao indivíduo, pode representar empecilhos ao exercício pleno da autonomia.

A vulnerabilidade como categoria a ser considerada, seu conceito e tipos a partir de diferentes classificações também foi examinada, à luz de diferentes situações. E, para um melhor entendimento acerca do que se entende hoje como autonomia do paciente no âmbito da saúde, foi apresentada a compreensão evolutiva de seu conceito dentro do ordenamento jurídico, perpassando a autonomia da vontade, a autonomia privada e a autonomia em sua concepção bioética. Para tanto, se fez importante o estudo da distinção entre a autonomia na bioética e a capacidade civil.

No capítulo IV, foi estudado o consentimento informado, por ser um instrumento que garante o respeito à autonomia do paciente. Seu conceito, natureza jurídica e efeitos foram abordados. Uma investigação acerca da informação como pressuposto do consentimento informado também foi realizada, pois é ela que propicia o direito de autodeterminação do paciente.

De igual maneira, foi destacada a importância da clareza da informação, já que permite ao paciente uma maior compreensão na tomada consciente de suas decisões. Por fim, abordou-se a compreensão da informação como necessária ao consentimento, na medida em que cumpre o seu objetivo somente quando devidamente assimilada pelo paciente.

No capítulo V, restou apresentada a necessidade da adequada compreensão, enquanto elemento fundamental para o exercício da autonomia. Foi também dado um enfoque à influência das vulnerabilidades no processo de compreensão e de tomada de decisões, bem como o dever de os pacientes serem entendidos pelos médicos.

Mostrou-se que é preciso que as informações sejam claras e mediadas por uma linguagem acessível, sobretudo quando não há adesão aos tratamentos médicos propostos. Por fim, abordou-se a responsabilidade civil do médico e o seu dever de zelar pela compreensão do paciente acerca do tratamento proposto.

A pesquisa valeu-se do método hipotético-dedutivo, pautada numa abordagem qualitativa, de modo que as interseções entre realidade e teoria apresentem uma melhor solução para a prática médica. Para tanto, uma pesquisa bibliográfica acerca do tema mostrou-se fundamental, abrangendo livros, sites e artigos, a fim de se obter todo o embasamento necessário à construção de um tema sólido.

2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação entre pacientes e médicos vem ao longo dos últimos tempos passando por algumas reformulações, dentre elas, o respeito à autonomia, a mitigação do paternalismo e a ascensão do protagonismo do paciente nesta relação. O reconhecimento da autonomia do paciente impôs nova forma de relacionamento: mais democrática e com maior valorização do outro. Assim, a conformação da medicina moderna passou a requerer uma atuação ética em suas relações.

2.1 HISTÓRICO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Não é fácil definir com precisão o que vem a ser qualidade de vida, na medida em que cada indivíduo tem uma concepção única do que entende ser o melhor para a sua própria existência. Mas, certamente, gozar de uma boa saúde é uma condição fundamental para se obter o bem-estar físico e mental. É neste contexto que se destaca a medicina, que, desde os primórdios, tem por objetivo preservar e reestabelecer a saúde do ser humano.

Discorrer sobre o processo histórico da relação médico-paciente se faz necessário para a compreensão precisa e profunda do contexto atual. Com efeito, uma ótima maneira de entender a questão é abordá-la desde o início, percebendo as circunstâncias que a originou, sua evolução e os fatos e razões que apoiam ou contradizem as diversas teorias que sobre ela foram construídas (GUSMÃO, 2004)

A doença sempre representou uma preocupação para a humanidade, que tenta a todo custo evitar que ela se estabeleça no organismo humano. Na Antiguidade, acreditava-se que a doença e a saúde possuíam relação com os deuses.

Nesta época, século XVIII e XVII a.C, na Mesopotâmia antiga, existia a crença de que os deuses e os demônios afetavam a saúde do corpo humano, de acordo com o mérito do indivíduo, ao considerar o seu comportamento social (VASCONCELOS, 2020). “A doença era considerada como um sinal da cólera divina e, por isso, somente com o beneplácito das divindades, das forças da natureza, com o auxílio da magia, conseguia o homem deter o castigo” (PAULA, 1962, p.13).

Assim, a enfermidade era vista como punição e cabia aos médicos a comunicação com os deuses para reestabelecer a saúde dos pacientes. “A capacidade médica de curar doenças era originariamente encarnada pelo poder mágico de libertar dos maus espíritos” (PATRÃO NEVES, 2001, p. 7).

Empregavam-se ervas curativas, cânticos para expulsar os espíritos malignos e agradar os deuses. Observa-se também que havia muita atenção e diálogo com o paciente, na medida em que essa interação representava a única fonte de conhecimento concreto acerca da doença (VASCONCELOS, 2020).

Ainda na Antiguidade cabe destacar o entendimento médico egípcio que sublinhava a importância da relação próxima entre médico e paciente, ao incluir o questionário no exame, o toque ao se analisar a doença, a comunicação do diagnóstico ao assistido com o prognóstico, empregando também orações nos casos considerados incuráveis (SOURNIA, 1995).

De igual maneira, a Grécia também contribuiu de modo significativo para o progresso da medicina, ao apresentar uma abordagem racionalista sobre a doença. As escolas médicas de Cnido e de Cós, que surgiram entre os séculos V e IV a.C representaram uma evolução do conhecimento médico (GOTTSCHELL, 2007).

Neste contexto, destaca-se Hipócrates de Cós (430-370 a.C), que, por sua importância, é considerado “pai da medicina”. Hipócrates negava a ideia de que as enfermidades eram castigos dos deuses, afirmando que elas eram causadas por agentes naturais como o frio, o calor, desequilíbrios alimentares e orgânicos (GOTTSCHELL, 2007).

Ele compreendia a doença de forma lógica, analisando o que havia observado em torno do paciente, com o objetivo de conferir um diagnóstico e apresentar um prognóstico. “Isto provocou uma maior aproximação com o paciente numa busca intensa sobre sua vida e tarefas diárias, devendo, agora ainda mais, advir dele as informações a respeito das razões que levaram à moléstia” (VASCONCELOS, 2020, p.7-8).

Hipócrates introduziu uma visão crítica e racional acerca da problemática da doença, “sistematizou a abordagem ao paciente, introduziu o exame clínico, organizou prontuários com histórias clínicas, registrou sucessos e fracassos de tratamentos” (GOTTSCHELL, 2007, p.32). Ademais, o juramento atribuído a Hipócrates inaugurou a ideia de benefício ao paciente, ao dispor que “aplicarei os regimes para o bem do paciente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”.

De acordo com este trecho do Juramento, cabia ao médico interpretar a situação e julgar o que seria bom para o paciente, sendo o médico considerado bastante poderoso diante da doença (VASCONCELOS, 2020). Competia ao paciente

seguir a orientação médica sem questionar, pois, o objetivo desta era o seu bem-estar.

Como apenas o médico era sabedor do que seria melhor para o paciente, este possuía o dever de confiar totalmente no médico, em uma atitude de total passividade, situação que se traduz hoje pela expressão “paternalismo médico” (PATRÃO NEVES, 2001). Isto porque o paciente não participava ativamente nesta relação, na medida em que não detinha poder de decisão, atuando como simples cumpridor das orientações dadas pelo médico.

Maria do Céu Patrão Neves (2001) esclarece que o médico hipocrático revela um duplo individualismo: o primeiro refere-se ao seu isolamento em relação ao paciente, acentuado pela ideia de obrigatoriedade da confidencialidade, o que desestimula a partilha de informação com o paciente; e o segundo, referente ao relacionamento em si com o paciente, que é baseado em uma desigualdade entre quem sabe e pode e quem sofre e espera, onde nunca se estabelece uma efetiva relação.

Outro período relevante para a relação entre médico e paciente foi a Idade Média. Neste momento histórico, associou-se à doença a ideia de pecado, por conta do cristianismo, que na época era a religião dominante no Ocidente. Camila Vasconcelos (2020) informa que a relação entre médico e paciente era pautada na cura pela fé, em que o paciente enxergava o médico como um veículo por onde era executada a vontade de Deus, já que a atividade médica era vista como criação divina.

Neste período observa-se também que a Igreja começa a prestar assistência aos pobres nos hospitais. Assim, “desde a Antiguidade até fins da Idade Média, a relação entre o médico e o paciente marcou-se pelo laço de confiança e de devoção” (VASCONCELOS, 2020, p. 12).

A fase histórica do Renascimento e do Iluminismo também refletiu na relação entre médicos e pacientes, dado que houve um distanciamento das interferências religiosas e a correlata valorização da ciência. O médico passou a ser intangível não mais por ser um instrumento divino, e sim por portar conhecimento, notadamente a partir da institucionalização e medicalização do hospital no século XVIII (VASCONCELOS, 2020).

De acordo com Michel Foucault (1979), antes do século XVIII, o hospital era basicamente uma instituição de assistência aos pobres, dirigido por religiosos, que chamavam os médicos para fazer visitas aos doentes nos hospitais. O autor esclarece que naquela época a visita médica era realizada de forma irregular, inicialmente uma

vez ao dia, apenas para os mais doentes. Entretanto, à medida que o espaço hospitalar tornou-se instrumento terapêutico e de cura, o médico passou a dominar a organização hospitalar.

A partir da segunda metade do século XIX, a medicina firmou-se como ciência devido a importantes descobertas que revolucionaram a prática médica. Patrão Neves (2001) esclarece que até então a medicina não era uma ciência, pois não consistia em um conhecimento aplicado para eliminar a doença, mas sim em sensibilidade e intuição para cuidar dos doentes, como uma arte, desempenhando mais uma função de cuidado do que curativa.

Assim, em meados do século XIX, houve um significativo progresso na medicina, que passa a realizar observações sobre a doença com a finalidade de sistematizá-la. Pode-se destacar, neste mesmo período, a invenção do estetoscópio, em 1816, pelo médico francês René Laennec (GRECCO, 2006).

A descoberta dos raios X também trouxe nova visão do médico a respeito do corpo do paciente, que passou a ser visto como algo transparente, quer esteja são ou doente (SOURNIA, 1995). O crescente desenvolvimento da tecnologia também trouxe mudanças na forma de atuação dos médicos.

Segundo Stanley Joel Reiser (2004), o advento da tecnologia na área da saúde acabou distanciando o paciente do médico, uma vez que os profissionais, ao invés de se concentrarem nos aspectos subjetivos que eram transmitidos pela comunicação com o paciente, passaram a dar prioridade ao diagnóstico objetivo que os novos aparatos técnicos proporcionavam.

Nota-se que neste momento histórico houve um distanciamento no contato físico e pessoal entre o médico e o paciente, bem como uma redução do diálogo. Tais fatos se deram em virtude da chegada dos instrumentos para auxílio do diagnóstico, os quais passaram a fornecer as informações sobre o estado da doença e de saúde do paciente.

O médico, que antes tinha apenas a proximidade com o paciente, aliado ao exame físico, para conduzir o diagnóstico e a terapêutica correta, passou a deter inúmeros recursos tecnológicos (NASCIMENTO JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003). A necessidade antes essencial de desenvolver uma estreita relação com o paciente para proferir um diagnóstico certo e uma terapêutica apropriada foi sendo gradativamente substituída pela solicitação e realização de exames cada vez mais eficazes (NASCIMENTO JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003).

No século XX, as especializações médicas ganham destaque, por proporcionarem análises específicas e aprofundadas de partes do corpo humano. O avanço tecnológico do século XX deveras proliferou o desenvolvimento de habilidades em áreas específicas, provocando o surgimento de muitas especializações relacionadas aos novos aparelhos, como radiologia, endoscopia, medicina nuclear e também decorrentes de novas situações sociais, como é caso, por exemplo, da medicina de tráfego (LYBIO, 2013).

Segundo Lybio Martire (2013), as especialidades surgem em consequência da evolução do conhecimento, na medida em que o ser humano, no curto espaço de vida, não teria mais condição para dedicar-se integralmente a todas as áreas da ciência que cresce a cada dia. Com efeito, as especializações são de fato necessárias, pois propiciam um estudo minucioso de uma área pormenorizada do corpo humano, trazendo soluções satisfatórias para o reestabelecimento da saúde do paciente.

“Entretanto, cumpre ser notado o caráter negativo que o fenômeno da especialização pode trazer quando, na prática médica, é dada exclusiva atenção à técnica em detrimento da pessoa e a sua subjetividade” (VASCONCELOS, 2020, p. 21). Ressalte-se que, o paciente não pode ser visto de maneira fragmentada, desconsiderando seus aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, psicológicos, nem pode ser reduzido a sua doença.

Os avanços não podem colocar a tecnologia e o conhecimento científico acima das necessidades dos assistidos, com a justificativa de melhoria nos resultados a serem auferidos. “É certo que o desenvolvimento tecnocientífico é necessário, mas deve ser posto à disposição da saúde e bem-estar da pessoa, trazendo por consequência, melhoria em sua qualidade de vida” (SÁ; NAVES, 2018, p.102).

Assim, a relação entre médicos e pacientes ao longo do século XX esteve marcada pelo ruído na comunicação. O médico era considerado detentor do conhecimento, que, aliado ao uso da tecnologia, sabia o que era melhor para o paciente, não tendo a preocupação de lhe transmitir a informação que proporcionasse a sua efetiva participação no tratamento.

De acordo com Camila Vasconcelos (2020), esses novos instrumentos médicos passaram a trazer também riscos e não somente benefícios. A autora explica que estes riscos podem ser de duas ordens: riscos de natureza relacional, que dizem respeito à possibilidade de despersonalização da relação entre médicos e pacientes, devido a preponderância da tecnologia sem observância da condição subjetiva do

paciente; e os riscos de natureza humano-interventiva, que se referem às possibilidades crescentes de danos decorrentes da intervenção no corpo humano pelas novas técnicas e instrumentos sem o devido consentimento do ato, por conta da pouca informação dada ao paciente.

Com relação ao risco de primeira ordem, Javier Gafo (1996) afirma que o conteúdo mais explícito da desumanização é a transformação do paciente em um objeto, em uma coisa, em que o mesmo perde suas características pessoais e individuais e é tratado como se não tivesse sentimentos e valores, sendo identificado por suas características externas.

Avançando no tempo, o ano de 1945 marcou o fim da Segunda Guerra Mundial e das atrocidades cometidas pelos nazistas contra os seres humanos. Após esse período, a humanidade percebeu que a ciência médica, quando dissociada da ética, detém considerável potencial para causar intervenções maléficas às pessoas, sendo assim necessário que o progresso científico caminhe junto com os interesses da sociedade.

Esses acontecimentos trouxeram mudanças profundas no que diz respeito à investigação e à prática das ciências biológicas e médicas. Com efeito, a publicação do Código de Nuremberg em 1947 inaugurou uma nova etapa da ética médica, que não mais se baseava apenas no princípio da beneficência, mas também na valorização da defesa das liberdades individuais, que ficam evidenciadas com a instauração da obrigatoriedade de consentimento informado, embora ainda restrito ao campo da investigação científica (PATRÃO NEVES, 2001).

Maria do Céu Patrão Neves (2001) informa que, para além do Julgamento de Nuremberg, existia na época todo um contexto de ordem científica, tecnológica, social e cultural que impunha repensar a ética médica. A autora explica que houve o progresso das ciências biológicas, o reforço ao caráter científico da medicina, o aperfeiçoamento e desenvolvimento da tecnologia terapêutica, bem como a intensificação do seu lado invasivo.

A autora destacou também, no aspecto sociocultural, o fortalecimento do movimento dos direitos humanos, que refletiu em todos os setores de atividade, por meio da afirmação da igualdade entre todas as pessoas e da idêntica exigência de respeito. Na prática médica, tal fato significou um novo relacionamento entre médico e paciente, desta vez num modelo equilibrado, no qual ambos estavam situados no mesmo nível, muito embora se encontrassem em diferentes condições das suas vidas

(PATRÃO NEVES, 2001).

Em decorrência deste debate internacional sobre o respeito pelo ser humano, houve a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que trouxe em seu bojo a proteção à dignidade da pessoa humana. Foram assim reconhecidos os direitos relacionados à vida, à liberdade, à segurança pessoal e a não submissão à tortura ou à tratamento desumano ou degradante.

Desta forma, ao mesmo tempo em que foi iniciado o movimento no sentido de reduzir o poder do médico e a assimetria presente em suas relações com os pacientes, houve também o surgimento de uma grande expectativa sobre a tecnologia, com os mitos de curas e o deslumbramento com a biotecnologia (VASCONCELOS, 2020).

Neste mesmo contexto, um outro movimento se descortinou com as notícias envolvendo pesquisas científicas e violações dos direitos dos pacientes, fazendo surgir um novo ramo de reflexão na década de 1970: a bioética. Dela nasceu toda uma preocupação de analisar os progressos científicos e tecnológicos a partir de uma concepção ética (AGUIAR; COSTA, 2020).

Verifica-se que a partir do desenvolvimento da bioética a relação médico paciente sofreu grande transformação, pois este novo campo de conhecimento, além de demonstrar a importância da inafastabilidade entre os avanços na área médica e a ética, trouxe também diretrizes que podem orientar esta relação.

Assim, por meio dos diferentes processos históricos, pôde-se entender como a ideologia geral da época, suas concepções e filosofias, refletiram sobre a explicação da doença, e conseqüentemente na relação médico-paciente. Percebe-se que a relação entre médicos e paciente foi se transformando ao longo do tempo, e, na contemporaneidade, tais mudanças continuam a ocorrer, de modo a adequar a atividade médica aos anseios e valores da sociedade que justifica a existência da própria medicina.

Apresentou-se o percurso histórico da medicina com a finalidade de demonstrar como o aspecto humanístico da relação se deteriorou ao longo do tempo, com o distanciamento do médico em relação ao paciente, podendo ter ocasionado a sua objetivação. Com isso, houve uma premente necessidade de se resgatar a dimensão personalista dessa interação, pois os cuidados em saúde são direcionados a pessoas, que necessitam de um atendimento individualizado e com respeito as suas singularidades. Assim, o presente trabalho salienta a importância dos elementos subjetivos da relação, ao analisar o exercício da autonomia em um contexto de

vulnerabilidade.

2.2 CONCEPÇÃO ATUAL DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

Como dito, a relação médico e paciente vem passando por grandes transformações. Inicialmente, havia uma configuração vertical e autoritária de relação, a qual, nos dias atuais, já se entende construída sobre uma base bem mais democrática e horizontal.

A propósito, essa relação na contemporaneidade tem sido realçada por representar um aspecto fundamental para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e por desdobrar-se em inúmeros componentes, como humanização do atendimento, direito à informação, sofrimento do paciente, consentimento informado, comunicação entre médico e paciente, grau de satisfação do usuário do serviço de saúde (CAPRARA; FRANCO, 1999)

Com efeito, o progressivo reconhecimento da autonomia do paciente, decorrente do respeito por sua dignidade, em que o paciente não mais é concebido como simples objeto da atividade do médico, muito contribuiu para essa mudança de paradigma (NILO; SILVA, 2019). O paciente passou a ter o direito de participar ativamente das decisões que dizem respeito ao seu próprio corpo.

Em que pese essa evolução, essa relação ainda é estruturalmente assimétrica e compete ao médico, no seu poder, promover a simetria da relação no contexto da assistência clínica (PATRÃO NEVES, 2001). Isto porque o médico é tido como alguém que pode aliviar a dor, curar, prevenir doenças ou até mesmo restaurar o bem-estar do paciente, por possuir conhecimento técnico e recursos instrumentais.

Já o paciente apresenta-se como alguém que necessita de intervenção médica, em âmbito curativo ou preventivo. Segundo Patrão Neves (2001), a relação médico-paciente possui dois polos diversos: em um destes polos está o paciente, aquele que sofre e espera, e no outro encontra-se o médico, que tem conhecimento e poder. Nota-se, assim, a existência de uma assimetria nesta relação.

É importante que o profissional de saúde estabeleça comunicação, tenha empatia e transmita confiança, para desta forma suavizar a referida assimetria. Atualmente entende-se que a relação médico-paciente adequada deve ser pautada no diálogo, na confiança, no respeito mútuo, na compreensão, tendo por objetivo a construção de uma relação participativa.

Ademais, exige-se do profissional de saúde, além do suporte técnico-

diagnóstico, uma sensibilidade, um cuidado para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e juntos encontrarem formas que facilitem a adaptação do paciente ao estilo de vida exigido pela doença (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Existe também muita reflexão sobre a necessidade de humanizar essa relação, no sentido de o profissional de saúde, responsável pela efetiva promoção da saúde, considerar o paciente em sua integridade física, biológica, psíquica e social. Com efeito, a ressignificação da ética, a irradiação dos direitos fundamentais e as mudanças sociais e tecnológicas transformaram a dinâmica entre ciência e homem, exigindo-se novas condutas no aspecto humano, assim também sucedendo na área médica (PORTO; ARARUNA, 2016).

Neste passo, a análise da relação médico-paciente não se limita à concepção da medicina, pois, demanda, também, uma apreciação do direito e dos outros campos de conhecimento envolvidos. Ressalte-se que, do ponto de vista jurídico, a relação estabelecida entre médico e paciente é uma relação contratual, o que atrai a incidência dos princípios da teoria geral dos contratos, notadamente o da boa-fé objetiva.

Para Dalmir Lopes Júnior (2012, p. 808), “a boa-fé objetiva, como cláusula aberta, tem sido utilizada nos mais variados casos jurídico-contratuais. Sua aplicação abarca tanto o direito do consumidor como as relações entre os particulares”.

O princípio da boa-fé objetiva é cláusula geral que permite ao contrato desempenhar a sua função ética. É a imediata tradução da confiança, verdadeiro alicerce da convivência social (FARIAS; ROSENVALD, 2021). De acordo com a doutrina, a boa-fé objetiva determina que as partes ao se relacionarem preservem a lealdade, a transparência e a confiança, de modo a atender as expectativas contratadas.

O comportamento que não se oriente por tais preceitos violará o princípio da boa-fé objetiva. Este princípio traz valores como o de solidariedade, lealdade e respeito, o que parece reforçar a ideia de autonomia, pois exige que as pessoas atuem umas com as outras com mútuo respeito e consideração (LOPES JÚNIOR, 2012).

A propósito, a boa-fé exerce três funções: interpretativa, integrativa e de controle. A função interpretativa pode ser vista no artigo 113 do Código Civil de 2002, ao disciplinar que os negócios jurídicos devem ser interpretados conforme a boa-fé, o que significa dizer que o contrato deve ser firmado de modo a preservar a confiança e as justas expectativas das partes.

Com relação à função de controle, têm-se a previsão do art. 187 do Código Civil

de 2002, em que a boa-fé também é um dos parâmetros para se analisar se um direito foi exercido de forma legítima ou abusiva. Já a função integrativa da boa-fé parte do entendimento de que, na atualidade, as obrigações são complexas, pois as partes, além de cumprirem os deveres principais oriundos da vontade (prestação de dar, fazer ou não fazer), terão que cumprir também os deveres anexos ou laterais, estes provenientes da incidência do princípio da boa-fé objetiva (FARIAS; ROSENVALD, 2021).

Cristiano Farias e Nelson Rosenvald (2021) explicam que os deveres de conduta incidem sobre as partes da relação, mediante resguardo dos direitos fundamentais, a partir de uma ordem de cooperação, proteção e informação, com o objetivo de êxito da relação. Neste contexto, a relação é firmada em torno da ideia de parceria, cooperação, colaboração entre as partes, em sentido diametralmente oposto à noção de disputa, concorrência, antagonismo.

Lopes Júnior (2012) destaca que o princípio da boa-fé objetiva aplicado à relação médico-paciente ocasiona a percepção de que o consentimento constitui uma relação e que essa relação deve compreender os deveres de lealdade que a boa-fé impõe: dever de prestar as informações de forma clara e adequada em todas as situações; não ignorar as preferências do paciente; não calar e não falsear a verdade; e não assumir comportamento que contrarie os deveres de lealdade e confiança.

Assim, a boa-fé objetiva possui também uma função corretiva no sentido de assegurar a igualdade em uma relação de poder ou desequilíbrio, gerado pela dependência do paciente em relação a uma informação técnica que somente o profissional médico pode fornecer (LOPES JÚNIOR, 2012). Por sua vez, o Código de Ética Médica, que tem por objetivo aprimorar o exercício da medicina, também traz importantes determinações no que concerne à relação médico-paciente.

O referido diploma legal considera a autonomia do paciente como princípio fundamental da ética médica, conforme demonstra o Capítulo I, inciso XXI, ao prever que, no processo de tomada de decisões profissionais, o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

No Capítulo IV, referente aos Direitos Humanos, o artigo 22 veda ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. Com base no princípio da beneficência e do privilégio terapêutico, o médico pode atuar sem a obtenção do consentimento do paciente em situações excepcionais,

notadamente graves, em que não é possível obtê-lo (CFM, 2016).

O artigo 24 do mesmo capítulo enfatiza a autonomia do paciente, ao vedar ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”. Por seu turno, o artigo 31, do Capítulo V, que trata da relação com pacientes e familiares, reforça a autonomia ao vedar ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

Neste mesmo capítulo, tem-se o artigo 34, que trata da comunicação, sendo vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”.

Assim, da análise da relação-médico paciente, verifica-se que o médico não detém poderes ilimitados em sua atuação, muito pelo contrário, está sujeito a deveres, responsabilidades e obrigações concernentes ao exercício de sua profissão. Desta forma, a prática médica, quer sob o prisma ético, quer sob o prisma jurídico, deve prezar pelo respeito à autonomia do paciente e sua dignidade.

2.2.1 Reconhecimento da autonomia e o afastamento do paternalismo forte

Historicamente cabe ao médico, de acordo com os conhecimentos científicos de sua época e com os princípios da beneficência e da não maleficência, cuidar de seus pacientes, exercendo sua profissão com vistas a beneficiá-los. Nesses tempos mais remotos, já se observava a máxima hipocrática: “aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” sendo aplicada nas práticas médicas (VASCONCELOS, 2020).

A beneficência refere-se a uma ação realizada em benefício das pessoas, enquanto que o princípio de beneficência alude à obrigação moral de agir em benefício dos outros (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). O princípio da beneficência “é uma das exigências das profissões de saúde; significa aplicar os recursos da medicina para curar, aliviar os sofrimentos, melhorar o bem-estar. É ao mesmo tempo, um dever, uma virtude, um princípio, um valor” (SILVA, 2010, p. 5422).

Já o princípio da não-maleficência significa a obrigação de o médico não causar danos. De acordo Tom Beauchamp e James Childress (2002, p.281), “os princípios da beneficência potencialmente exigem mais do que o princípio da não-

maleficência, pois os agentes têm de tomar atitudes positivas para ajudar os outros, e não meramente se abster de realizar atos nocivos”.

Os referidos princípios sempre foram utilizados para justificar o paternalismo médico dispensado aos pacientes, pois se o profissional de saúde sempre atuava de modo a promover o bem-estar e a evitar o dano, não existiria razão para se levar em conta a opinião dos pacientes. É como se o paciente não soubesse o que é melhor para si, não tendo ingerência sobre o próprio corpo e saúde.

Ionadja Silva e Ana Meireles (2020, p.5) destacam que “na época hipocrática, cujo paternalismo era segmento vigente, a manifestação da autonomia sobre atos concernentes a saúde era restrita, pois se acreditava que o paciente não possuía sabedoria para discernir o que era melhor para si”.

Com efeito, o princípio da não maleficência, assim como o princípio da beneficência, ao longo da história da ética médica, foram vistos como fundamentos do tratamento paternalista dispensado aos pacientes. Nesse sentido, os médicos tomavam as decisões sobre as necessidades dos pacientes em relação ao tratamento e informações com base em seus próprios julgamentos.

Acrescente-se a esse cenário a postura de superioridade exercida pelo médico, ao se colocar na posição de detentor do conhecimento. Por ser o possuidor do saber técnico, o profissional de saúde por vezes costuma desconsiderar a vontade de seu paciente por imaginá-lo inapto a participar do processo de tomada da decisão, o que também termina reforçando o paternalismo.

De acordo com Tom Beauchamp e James Childress (2002), no âmbito da saúde, o paternalismo é ampliado, haja vista a existência de um profissional com treinamento, conhecimento e discernimento superior, que está em uma posição de autoridade para determinar os melhores interesses do paciente. Para os autores, tais características fazem este profissional ser visto como uma espécie de pai, que tem filhos dependentes e, com frequência, ignorantes e com muito temor.

Inclusive, o termo “paternalismo” é uma analogia à função paterna, isto é, de que o pai age em benefício dos filhos e toma todas as decisões visando o seu bem estar (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Logo, em âmbito médico, o paternalismo ocorre quando a ação é feita com base na opinião exclusiva do médico e não na vontade autônoma do paciente (CFM, 1998). O paternalismo visa beneficiar a pessoa, cuja vontade ou interesses deixam de ser respeitados (SILVA, 2010).

Para Tom Beauchamp e James Childress (2002), o paternalismo consiste em

uma ação que contraria a preferência da pessoa com a justificativa de beneficiá-la ou de evitar que ela sofra danos. Sívio Beltrão (2014, p.16) o conceitua “como uma forma de impor crenças do médico ao paciente, sem o seu consentimento, ou até mesmo contra sua vontade, mas com a intenção de prover o próprio benefício do paciente”.

Importante ainda ressaltar que “o paternalismo é gênero do qual decorrem diversas espécies, como paternalismo médico, o paternalismo político, o paternalismo benevolente, como expressão da relação entre pais e filhos, e o paternalismo jurídico” (MORAES; CASTRO, 2014, p. 797-798). Contudo, o paternalismo manifesto em todos esses tipos têm como características comuns: superproteção, autoritarismo, inibição, infantilismo, conduzindo todas elas a uma situação anormal (CFM, 1998).

O paternalismo forte dificulta a participação efetiva do paciente nas decisões médicas, o que resulta em sua atuação limitada, muitas vezes figurando apenas na posição de ouvinte e espectador. Desse modo, o paciente assiste passivamente ao seu tratamento de saúde e somente responde aos questionamentos solicitados, quando não lhe é dada a oportunidade de conhecer, compreender e agir (VASCONCELOS, 2020).

Segundo Tom Beauchamp e James Childress (2002), o paternalismo forte envolve uma intervenção com o objetivo de beneficiar a pessoa, desconsiderando o fato de que as escolhas da pessoa sejam informadas, voluntárias e autônomas. Entretanto, essa primazia do profissional médico vem sendo questionada em razão do surgimento dos movimentos de reivindicação dos direitos humanos, que tiveram sua concepção consolidada a partir da introdução da Bioética em 1970 (SILVA, 2010).

Nesse sentido, a reivindicação do direito à saúde e da humanização dos serviços de saúde também ampliou a consciência dos indivíduos acerca de sua condição de agentes autônomos. Com o desenvolvimento da Bioética, houve o estabelecimento da corrente principialista, que, através dos princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça, procurou orientar a solução dos dilemas éticos no âmbito da saúde.

Um dos princípios mais destacados foi o da autonomia, que diz respeito à capacidade de a pessoa fazer suas próprias leis, isto é, de se autogovernar, de escolher, de analisar suas possibilidades, direitos e deveres sem restrições internas e externas (SILVA, 2013). A propósito, o termo autonomia remete à noção de autogoverno, direitos de liberdade, escolha individual, privacidade, liberdade de escolha, ser agente do próprio comportamento e pertencer a si mesmo

(BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Tom Beauchamp e James Childress (2002), o respeito à autonomia consiste basicamente em reconhecer o direito do agente autônomo de ter suas opiniões, realizar suas escolhas e agir com base em valores e concepções pessoais. Segundo os autores, Immanuel Kant já argumentava que o respeito à autonomia tem origem no reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional e capacidade para determinar o próprio destino.

O respeito pela autonomia da pessoa associa-se com o princípio da dignidade humana, aceitando que o ser humano é um fim em si mesmo, não sendo um meio de satisfação de interesses de terceiros, comerciais, industriais, ou dos próprios profissionais e serviços de saúde (CFM, 1998).

Assim, com o reconhecimento da autonomia, houve a compreensão de que a manifestação de vontade do paciente deve ser respeitada, valorizada, pois aquilo que o médico julga ser o melhor para o paciente pode não condizer com o que paciente entende ser o melhor para si. Ademais, “violiar a autonomia de uma pessoa é tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objetivos de outros, sem levar em conta os objetivos da própria pessoa” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.143).

Torna-se importante para melhor elucidação da questão do paternalismo médico, diferenciar as duas modalidades de paternalismo. O paternalismo forte é aquele exercido sobre pessoas autônomas, passando por cima de sua autonomia e, conseqüentemente, desconsiderando as suas vontades; já o paternalismo fraco é o exercido sobre pessoas incapazes sob o ponto de vista jurídico ou pessoas incompetentes sob o ponto de vista moral (CFM, 1998).

Tom Beauchamp e James Childress (2002) esclarecem que no paternalismo fraco a ação não viola a autonomia da pessoa, na medida em que indivíduo não tem conhecimento do que está acontecendo. Nesse caso, “o médico pode deixar de informar ao paciente determinada ação, se houver uma habilidade comprometida ou enfraquecida, que lhe possibilitasse, de posse dessa informação, tomar uma decisão capaz de lhe provocar algum dano” (SILVA, 2010, p. 5423).

Desta forma, o paternalismo fraco é totalmente justificado, por não representar violação da autonomia da pessoa, mas sim uma forma de contornar as incapacidades. “No paternalismo forte perpassam decisões fortes e unilaterais e, como podem ser abusivas, devem ser questionadas no campo da saúde” (SILVA, 2010, p. 5423).

Muitas vezes, a conduta paternalista dentro da relação médico-paciente é

revelada pelo comportamento do profissional em acreditar que sua atuação é benéfica ao paciente e que não estaria violando nenhum princípio ético ou regra moral, já que acredita estar incumbido de promover o bem ao doente, em observância ao juramento hipocrático (SILVA; MEIRELES, 2020)

No entanto, com a consagração da autonomia, o profissional de saúde deve exercer o paternalismo com prudência, de modo a não anular a autonomia, a manifestação de vontade, desejos e sentimentos do paciente. Nesse sentido, fica rechaçado o exercício do paternalismo forte, dado que este não é condizente com as sociedades democráticas.

Por oportuno, é importante registrar que Tom Beauchamp e James Childress (2002) destacam que uma ação verdadeiramente autônoma demanda que o indivíduo haja com intenção, compreensão, bem como esteja livre de influências controladoras capazes de determinar a sua ação. Significa dizer que uma pessoa somente será capaz de tomar uma decisão se possuir capacidade de entender a situação, analisá-la com base em seus valores, vislumbrar um resultado e por fim comunicar a sua decisão.

Ocorre que diversas situações podem apresentar condições que limitam a compreensão do indivíduo; cite-se, por exemplo, a própria enfermidade, a imaturidade e o analfabetismo – aspectos que revelam a vulnerabilidade do sujeito. Por isso, torna-se importante avaliar de forma harmônica o direito de exercer a autonomia no contexto de vulnerabilidade.

2.2.2 Natureza jurídica da relação médico-paciente

Questão importante no estudo da relação médico-paciente é saber qual a sua natureza jurídica. Isso é relevante até para fins de apuração da responsabilidade civil do profissional da medicina. Sabe-se que essa relação tem por objeto a saúde do paciente, bem jurídico essencial para o ser humano.

A doutrina e a jurisprudência, de forma majoritária, consideram a natureza da relação médico-paciente como contratual, tratando-se de uma relação de consumo, sendo abarcada pelo Código de Defesa do Consumidor.

De acordo com Lara Souza e Rafaela Fernandes (2018), a relação médico-paciente tem natureza contratual, mas elas defendem a não categorização desse contrato dentre as outras espécies elencadas pelo Código Civil de 2002, em razão da qualificação exigida da manifestação da vontade do paciente, que impõe ao médico a

responsabilidade pelo prévio e adequado esclarecimento na negociação preliminar. Nesse mesmo sentido, entende Cavalieri Filho:

[...] o médico não se limita a prestar serviços estritamente técnicos. Acabando por se colocar numa posição de conselheiro, de guarda e protetor do enfermo e de seus familiares, parece-nos mais correto o entendimento daqueles que sustentam ter a assistência médica a natureza de contrato *sui generis*, e não de mera locação de serviços, consoante orientação adotada pelos Códigos da Suíça e da Alemanha (CAVALIERI FILHO, 2010, p. 285).

José de Aguiar Dias (2011, p.279) também acredita que a natureza da avença estabelecida entre pacientes e médicos é de contrato *sui generis*, “pois a ideia da elevação da natureza dos serviços médicos acima da simples locação de serviços [...] é ainda a que domina entre os que consideram atentamente a feição especial da assistência médica”.

Por sua vez, Kfoury Neto (2018, p.95) parece não admitir a tese de que seria um contrato inominado (*sui generis*), na medida em que “a atividade do profissional liberal, não submetida à legislação trabalhista, consiste em prestar ao seu contratante um serviço certo, mediante pagamento determinado”. Já Eduardo Dantas (2014, p. 30) entende que “há uma intrínseca relação de consumo na prestação de serviços médicos”.

Sílvio Romero Beltrão (2014) acredita que a natureza jurídica da relação médico paciente é de um negócio jurídico, que pode se manifestar através de um contrato, de uma declaração unilateral de vontade ou de uma gestão de negócios, em que a vontade da pessoa é núcleo essencial deste negócio jurídico. Para o autor, são as circunstâncias do caso concreto que irão determinar a verdadeira natureza jurídica desta relação.

No que concerne ao enquadramento da relação médico-paciente no regime jurídico consumerista, “a intenção é correta, proteger o paciente, no entanto, a solução é inadequada, pois reduz juridicamente a saúde do paciente a uma simples mercadoria, o que jamais pode ser (bio) eticamente aceitável” (NILO; SILVA, 2019, p.97). Outrossim, caso a relação médico-paciente seja concebida como meramente contratual, o profissional de saúde passa a ver o paciente como um simples consumidor, rebaixando-a a uma relação de consumo banal, o que definitivamente não é.

Muito além de ser uma mera relação de consumo, é um laço intersubjetivo mais profundo, em que o paciente deposita a sua confiança no médico, na expectativa de

livrar-se de um mal que lhe aflige. Nesse sentido, é preciso que seja considerado o fato de que esta relação, enquanto elo interpessoal que é, encontra-se inserida em um espaço de reflexão bioética, o que comporta um caráter menos normativista e mais mediador e dialógico (VASCONCELOS, 2020).

Assim, é preciso muita cautela ao compreender essa relação unicamente a partir de uma perspectiva comercial, na medida em que devem também ser consideradas as peculiaridades e as vulnerabilidades das pessoas.

Neste passo, “a relação médico-paciente não deve ser tratada de modo simplista e normativo, como mero contrato. É preciso reflexão ética que respeite os sujeitos envolvidos, garantindo que a vontade do paciente seja protegida e a atuação médica resguardada” (PAZINATTO, 2019, p. 235).

Para Maria do Céu Patrão Neves e Jorge Soares (2018), a saúde é o bem que permite a afirmação de todos os demais, assim, o paciente não pode ser visto como simples utilizador de serviços, numa relação funcionalizada, nem pode ser visto como um simples consumidor em uma relação meramente contratual. Por esta razão, “ao julgar demandas judiciais, o magistrado deve fazer análise transdisciplinar do tema, levando em conta a legislação brasileira, as orientações dos conselhos de medicina e os princípios da bioética” (PAZINATTO, 2019, p. 235).

2.3 A INFLUÊNCIA DA BIOÉTICA NA CONSTRUÇÃO ADEQUADA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Durante grande parte do século XIX e da primeira metade do século XX, predominava a ideia de que o que era científico e tecnicamente correto não poderia ser prejudicial (GRACIA, 2010). Inclusive, esta foi a bandeira do positivismo, que entendia que toda questão ética era, em verdade, uma questão técnica mal empregada, e que, portanto, poderia ser resolvida caso fosse transformada em outra de caráter técnico (GRACIA, 2010).

Logo, não é surpresa compreender por que durante décadas essa mentalidade pareceu coerente entre os médicos, os quais passaram a se enxergar como salvadores das pessoas, seres acima do bem e do mal, não fazendo sentido algum se falar em ética da ciência (SÁ; NAVES, 2018). Mas a partir da segunda metade do século XX esta situação começou a mudar.

Entre 1940 e 1970, houve um grande desenvolvimento da ciência, que provocou discussões não apenas em função de seu caráter inovador, mas também

por denunciar o desrespeito à vida em algumas pesquisas e assistências médicas (VASCONCELOS, 2020). Os avanços científicos e técnicos ocorridos nas ciências biológicas e médicas começaram a ser questionados e a necessidade de uma apreciação ética acerca do que a medicina seria capaz de produzir ganhou grande destaque após reiterados debates sociais.

Neste contexto, várias foram as situações que exigiram avaliações éticas perante experimentos e tratamentos médicos. Pode-se citar três importantes casos que chocaram a população americana por desrespeitarem direitos básicos das pessoas, como o direito à vida e à dignidade humana em nome do avanço da ciência.

Em Nova York, em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crônicas, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos; na mesma cidade, entre 1950 e 1970, no Hospital Estadual de Willowbrook, o vírus da hepatite foi inoculado em crianças com deficiência mental; por fim, em 1932, há o caso Tuskegee, que ocorreu no estado do Alabama, onde 400 negros portadores de sífilis foram recrutados para participarem de uma pesquisa acerca da história natural da doença e foram, contudo, deixados sem tratamento (PROJETO GHENTE, 2014).

No caso Tuskegee, as pessoas convocadas para o estudo não tiveram sequer o tratamento devido, em que pese a penicilina, medicamento usado no combate à sífilis, já ter sido descoberto à época. Ademais, os participantes da pesquisa tampouco sabiam que estavam sendo usados em um experimento (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Estima-se que em 1972, ao final deste “estudo”, dentre os infectados reunidos, apenas 74 deles estavam vivos; 25 tinham morrido em decorrência da sífilis; 100 outros morreram de complicações relacionadas à doença; 40 companheiras dos pacientes terminaram sendo infectadas; e 19 crianças haviam nascido com sífilis congênita (SÁ; NAVES, 2018).

Foi então que o entusiasmo com o poder aparentemente infinito, que a humanidade vinha conquistando através do progresso tecnológico, começou a ceder lugar a um sentimento de profunda aflição pela evidente impotência diante das situações produzidas (PATRÃO NEVES, 1996).

A continuidade da existência humana parecia estar ameaçada pelo avassalador progresso da biotecnologia, e foi exatamente neste ambiente de grandes evoluções e sentimentos contraditórios que a Bioética despontou como reflexão e prática para o estudo das questões humanas sob a perspectiva ética (PATRÃO NEVES, 1996).

Foram outrossim realizados debates, conferências e eventos com o intuito de

discutir e resolver tais inquietações, em um movimento visionário que impulsionou o surgimento desse novo ramo de reflexão, que hoje é a bioética. O termo bioética foi utilizado pela primeira vez pelo filósofo Fritz Jahr em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão *Kosmos* (GOLDIM, 2006). “Jahr, na esteira da filosofia moral kantiana, propôs um imperativo bioético de respeito a todas as formas de vida, com um fim em si mesmas” (SÁ; NAVES, 2018, p.7).

No entanto, a divulgação da expressão Bioética, ganhou destaque com a obra *Bioética: uma Ponte para o Futuro*, de autoria do oncologista estadunidense Van Rensselaer Potter, publicada em 1971. “Potter propõe a construção de uma Ética ponte, capaz de mediar as relações entre as Ciências e as Humanidades, e voltada para os problemas ambientais e as questões de saúde” (SÁ; NAVES, 2018, p. 7).

Potter caracterizou a bioética como a ciência da sobrevivência, a qualificando como ponte no sentido de estabelecer uma interface entre as ciências e as humanidades que asseguraria a possibilidade de futuro (GOLDIM, 2006).

Outro precursor na bioética é o obstetra holandês André Hellegers, da Universidade de Georgetown, em Washington, que meses após a publicação do livro de Potter, ainda em 1971, utilizou o termo bioética no novo centro de estudos: *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*. (BURLÁ; PESSINI; SIQUEIRA; NUNES, 2014).

Contudo, André Hellegers concentrou a sua atenção sobre o impacto do progresso científico sobre a vida humana. O legado de André Hellegers está na associação da bioética à ética biomédica, estabelecendo uma ponte entre a medicina, a filosofia e a ética (BURLÁ; PESSINI; SIQUEIRA; NUNES, 2014).

Cláudia Burlá e outros (2014) esclarecem que, desde o momento do seu nascimento, a bioética possui dupla paternidade e duplo enfoque: se apresentam problemas de macrobioética (meio ambiente, ecologia), com inspiração na perspectiva de Potter, bem como são também verificados problemas de microbioética (bioética clínica), cuja influência se deve a Hellegers.

Contudo, apesar dos diferentes enfoques, tanto Potter quanto Hellegers revelavam a preocupação de analisar os progressos científico-tecnológicos da época a partir de uma apreciação ética imprescindível, levando em consideração o escândalo provocado pelas notícias envolvendo pesquisas científicas e violações aos direitos dos pacientes (AGUIAR; COSTA, 2020).

De modo que, “a perspectiva originária da Bioética é fundamentalmente

humanista” (PATRÃO NEVES, 1996, p.2). Com efeito, desde a década de 70, a bioética tem presença obrigatória nas reflexões e nas discussões sobre os valores humanos que envolvem questões técnico-científico, as quais inegavelmente intervêm no âmbito da vida como um todo, em especial na existência humana (BURLÁ; PESSINI; SIQUEIRA; NUNES, 2014).

E foi em resposta ao escândalo causado pelos episódios acima descritos, que o Governo e o Congresso norte americano constituíram, em 1974, uma Comissão Nacional que teve por objetivo identificar os princípios éticos que devem conduzir a pesquisa científica na área da biomedicina e das ciências do comportamento (PROJETO GHENTE, 2014)

A Comissão identificou três princípios fundamentais, quais sejam, o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça. Tais princípios foram expostos no Relatório da Comissão, conhecido como Relatório *Belmont*, com grande repercussão na comunidade médico-científica, o qual foi publicado em 1978.

O respeito pelas pessoas apoia-se em dois pressuposto éticos: “1) deve-se tratar as pessoas como agentes autônomos e 2) deve-se tutelar os direitos das pessoas cuja autonomia está diminuída (ou comprometida)” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p.122). A propósito, uma pessoa autônoma age de forma livre de acordo com o plano escolhido por ela mesma, em contrapartida, uma pessoa com autonomia reduzida é, em algum aspecto, controlada por outras ou incapaz de deliberar e agir com base em seus desejos e planos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Este princípio pretendeu exprimir que a vontade deve ser um requisito prévio essencial para a participação na pesquisa científica, fazendo com que a concessão do consentimento somente tivesse validade após a informação e compreensão sobre a totalidade da pesquisa a ser realizada (DINIZ; GUILHEM, 2002).

A beneficência seria o compromisso do pesquisador na pesquisa científica em assegurar o bem-estar de todas as pessoas envolvidas, protegê-las do mal e não causar danos. “Para tanto, requereu a ponderação entre riscos e benefícios, a fim de uma percepção de superação destes em detrimento daqueles” (VASCONCELOS, 2020, p. 62). A justiça, por sua vez, é “entendida sob a perspectiva da justiça distributiva” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p.122).

Desta forma, “a estruturação mínima proposta pelo relatório, representada pela eleição dos três princípios éticos, foi o pontapé inicial que a bioética necessitava para sua definitiva organização nos centros universitários e acadêmicos” (DINIZ;

GUILHEM, 2002, p.34). Percebeu-se, desse modo, que o surgimento e desenvolvimento da bioética representava uma mudança de paradigma na relação médico e paciente, pois este último passou a ser visto como um fim em si mesmo.

2.3.1 A Bioética principialista

Após a divulgação do Relatório *Belmont*, Tom Beauchamp, filósofo e integrante da comissão instaurada pelo Congresso dos EUA e James Childress, publicaram o livro *Princípios da Ética Biomédica*, em 1979, que é considerado uma das mais importantes obras de teorização da Bioética (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Seguindo o caminho aberto pelo Relatório *Belmont*, Beauchamp e Childress defenderam a ideia de que os conflitos provenientes do exercício da medicina deveriam ser contornados pela observância de alguns instrumentos morais, os chamados princípios éticos (DINIZ; GUILHEM, 2002). Destarte, eles terminaram por renomear o princípio do respeito à pessoa para princípio de respeito à autonomia, acrescentando ainda um novo princípio aos debates éticos, qual seja, o da não-maleficência.

Foi a teoria proposta por Tom Beauchamp e James Childress que estruturou os princípios morais orientadores da resolução de problemas éticos no campo da saúde. Essa teoria é alicerçada em quatro princípios básicos fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, razão pela qual ficou conhecida como teoria principialista (GARRAFA, 2005).

Débora Diniz e Dirce Guilhem (2002) lembram que a denominação da teoria como principialista é alvo de crítica, na medida em que as teorias de ética prática ou aplicada farão sempre referências a princípios éticos como fundamentos orientadores com vistas ao desenlace dos conflitos morais. Embora este preciosismo teórico tenha lógica, o uso notório da expressão na bioética explica a referência exclusiva à obra de Beauchamp e Childress (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Tom Beauchamp e James Childress examinaram o conceito de autonomia na tomada de decisões no campo biomédico. Eles trouxeram como característica essencial à sua existência a liberdade do indivíduo para tomar as decisões concernentes a sua vida, sem qualquer tipo de coação.

Com efeito, a pessoa é considerada autônoma se possuir discernimento, isto é, a capacidade de entender e querer. Entretanto, os autores não tiveram a preocupação de revelar as características das pessoas autônomas, mas sim das

ações autônomas. Desta forma, uma ação é autônoma se o indivíduo age: 1) intencionalmente, 2) com compreensão e 3) sem influências externas que determinem ou controlem sua ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Os autores destacaram que a intencionalidade existirá ou não, na exata medida em que não podem ser admitidos graus progressivos de intentos. Por outro lado, a compreensão e a liberdade comportariam sim graus diferenciados, o que significa dizer que as ações podem ter graus de autonomia, em razão dos diferentes graus de satisfação dessas duas condições (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Tom Beauchamp e James Childress (2002) observaram que a realização de uma ação autônoma exige um grau substancial de entendimento e de liberdade de controle, mas que não necessita um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência, pois o alcance do grau pleno seria um ideal distante da prática.

Assim, os critérios que determinam se a pessoa é “substancialmente autônoma” devem ser estabelecidos levando-se cuidadosamente em consideração o contexto peculiar da decisão em questão (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). Tom Beauchamp e James Childress (2002, p.141) pontuam que “os critérios apropriados da autonomia substancial devem ser contemplados em contextos particulares, e não determinados por uma teoria geral do que constitua um grau de autonomia substancial”.

O respeito à autonomia consiste em levar em consideração as decisões autônomas das pessoas. “Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto que o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.143).

Isso explica a obrigação dos profissionais de saúde em transmitir aos seus pacientes informações necessárias e claras acerca do seu diagnóstico e tratamentos disponíveis, para que os mesmos possam compreender e decidir com conhecimento, exercendo assim sua autonomia.

Há, na medicina, a tentação de usar a autoridade do papel do médico para fomentar ou perpetuar a dependência dos pacientes, em vez de promover sua autonomia. O cumprimento da obrigação de respeitar a autonomia do paciente, entretanto, requer habilitá-lo para superar seu senso de dependência e obter o maior controle possível ou o controle que deseje (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.145).

Jorge Ferrer e Juan Álvarez (2005), ao analisarem o princípio do respeito da

autonomia das pessoas sob a perspectiva apresentada, afirmam que o referido princípio pode ser formulado de duas maneiras: numa ótica positiva e noutra negativa. No que concerne à sua perspectiva positiva, esta se daria no sentido de que o princípio exigiria, na seara biomédica, um tratamento respeitoso às pessoas na transmissão das informações, bem como fossem oportunizadas aos pacientes uma tomada de decisões autônomas.

Neste aspecto, o referido princípio obrigaria os profissionais de saúde e pesquisadores a permitirem o exercício de um ato decisório livre pelo assistido, certificando-se também de que os pacientes tenham uma efetiva compreensão e ajam de maneira voluntária. Já no seu viés negativo, o princípio do respeito à autonomia das pessoas exigiria que as ações autônomas não terminassem sendo controladas por outros sujeitos, de modo a limitar ou impedir o exercício individual da autonomia.

De modo semelhante, esse princípio também aborda a questão da autonomia diminuída em razão de imaturidade, idade ou outra situação assemelhada, em que não seria possível agir de modo autônomo. Então, nesses casos pontuais, justificaria-se uma intervenção pontual de caráter paternalista. Desse modo, em âmbito médico, “o respeito à autonomia exige que os profissionais informem adequadamente, verifiquem e se assegurem quanto ao esclarecimento e à voluntariedade e estimulem a tomada da decisão” (PEDROSA, 2016, p. 8).

Enfim, “o respeito a autonomia obriga os profissionais a revelar as informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.143). No que diz respeito ao princípio da não maleficência, este tem sua origem no Juramento Hipocrático com a máxima “*primum non nocere*”, que significa: em primeiro lugar, não causar dano.

Assim, “o princípio de não maleficência afirma, essencialmente, a obrigação de não causar dano intencionalmente” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 128). Entretanto, caso seja necessário causar um dano, ele somente se justificaria se fosse com o intento de alcançar um bem maior.

Por sua vez, a beneficência pode ser entendida como qualquer ação humana utilizada em benefício de outra pessoa. A beneficência traduz a ideia de que os profissionais de saúde devem fazer o melhor pelo paciente, empregando as boas técnicas disponíveis, cuja finalidade seria aumentar os benefícios e diminuir os riscos do procedimento a ser realizado.

Em todo caso, deve-se sempre buscar proporcionar o bem-estar do paciente.

Assim, “a beneficência exige, na generalidade dos casos, que realizemos ações que produzam uma quantidade suficiente de benefícios para contrabalançar os danos ou incômodos que pudessem ser decorrentes de nossa intervenção” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 133).

De acordo com Tom Beauchamp e James Childress (2002), o princípio da beneficência possui duas vertentes: a beneficência positiva e a utilidade. Neste sentido, é essencial aos profissionais de saúde que observem “a promoção do agir para o bem em um sentido lato, que abarca ações em geral que pretendem o benefício, e a avaliação entre os benefícios e desvantagens que porventura seriam causados por meio do ato, respectivamente” (VASCONCELOS, 2020, p.43).

Para que a beneficência seja efetivamente adequada, ela deve ter ser pautada numa ação positiva, que propicie o empoderamento do paciente, e não em supressão de sua vontade pela decisão do médico.

Em seu turno, o princípio da justiça tem como condição elementar a igualdade, estabelecendo um tratamento isonômico que deve ser dispensado a todas as pessoas. Este princípio também prevê a distribuição de recursos na saúde de forma equitativa, com o objetivo de evitar a discriminação entre as pessoas (GARRIDO; ÍÑIGUEZ; TEGEDOR, 2018).

Logo, “o princípio da justiça aborda questões relativas ao acesso à assistência em saúde no que se refere à distribuição de recursos nos serviços e à utilização de critérios para seleção de sujeitos para experimentação” (VASCONCELOS, 2020, p.44). Este princípio apregoa que os recursos devam ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar melhor eficácia para o maior número de pessoas assistidas.

Com efeito, todos os princípios anteriormente mencionados devem orientar os profissionais de saúde na mediação de dilemas éticos relacionados à prática biomédica. A esse propósito, vale inclusive o esclarecimento que não existe qualquer hierarquia entre os diferentes valores principiológicos, de maneira que são todos eles igualmente imprescindíveis para um desfecho razoável das questões suscitadas.

Em verdade, “estes são caracterizados como princípios *prima facie*, ou seja, devem ser sempre considerados, embora possam ser sobrepujados por outros princípios que, em determinada situação, apresentem importância maior” (SERODIO, 2008, p. 73-74). “Entretanto, por serem os Estados Unidos um país que entende a relação médico-paciente como contratual, o princípio da autonomia acabou priorizado”

(PAZINATTO, 2019, p. 237).

O estabelecimento da autonomia modificou a relação médico-paciente, ao retirar a superioridade da beneficência e conseqüentemente fragilizar o paternalismo, fomentando a necessidade de uma relação mais próxima e horizontal. A bioética principialista é de fundamental importância para a construção adequada da relação médico paciente, ao propor o respeito à autonomia do assistido, sem, entretanto, desconsiderar o saber médico.

Por este motivo, o principialismo se revela como uma notável ferramenta no auxílio da resolução de dilemas bioéticos, notadamente aqueles oriundos da relação engendrada entre médicos e seus pacientes. A propósito, “este modelo tem larga aplicação na prática clínica em todos os países nos quais a bioética se desenvolve, com resultados muito positivos no que se refere ao respeito pela dignidade da pessoa indivíduo” (PATRÃO NEVES, 1996, p. 10-11).

O principialismo é, portanto, a teoria da bioética mais difundida, a ponto de muitos a confundirem com a própria bioética. “A influência da corrente principialista foi tão grande que a bioética é frequentemente associada a esta corrente americana. Muitos doutrinadores que se propõem a estudar a bioética o fazem a partir desta única perspectiva” (AGUIAR; COSTA, 2020, p. 79). Apesar de tal fato, existem ainda outros modelos de teorização da Bioética, importantes na construção e direcionamento adequado da relação médico-paciente.

2.3.2 Outras matrizes da Bioética

O objetivo deste tópico não é tratar de todas as matrizes da Bioética nem de esgotá-las, mas apontar um breve panorama de multiplicidade que pode auxiliar na compreensão adequada da relação entre médicos e pacientes.

A partir da década de 80, começaram a surgir críticas à teoria principialista. Os estudiosos em bioética verificaram que alguns aspectos não haviam sido levados em consideração pelos autores Beauchamp e Childress, fazendo-os desenvolver os seus próprios modelos teóricos.

Nesse contexto, Robert Veatch, em sua obra “*A Theory of Medical Ethics*”, em 1981, propôs o modelo contratual, ao prever a possibilidade de existir uma relação contratual entre médico e paciente, na qual eles estariam em uma relação equilibrada (VASCONCELOS, 2020). Segundo Roberto Goldim (2002), este modelo propõe uma nova perspectiva na relação entre médico, paciente e sociedade, sendo a sua maior

contribuição à de propor um repensar na dinâmica entre esses sujeitos, rompendo com a tradição ocidental paternalista advinda da escola hipocrática.

Robert Veatch advoga acerca da existência de um triplo contrato: entre médico e pacientes, entre médico e a sociedade e por fim um contrato mais vasto que abarcaria os princípios orientadores da relação entre médicos e pacientes, quais sejam: o da beneficência, o da proibição de matar, o de dizer a verdade e o de manter as promessas (PATRÃO NEVES, 1996).

“Veatch analisa a ética médica na relação de modo a se respeitar a negociação e a comunicação entre as partes, na formação de um contrato hipotético em que médicos e pacientes pudessem negociar seus termos abertamente” (VASCONCELOS, 2020, p.46). Assim, no modelo contratualista, o médico tem sua autoridade preservada e é o responsável pela tomada de decisões técnicas, por ser evidentemente o detentor do conhecimento, enquanto que o paciente participa ativamente do processo de tomada de decisão, de acordo com o seu estilo de vida e valores pessoais e morais (GOLDIN, 1999).

Já no modelo de cuidado, proposto por Carol Gilligan em 1982, a ética nasce com uma feição feminista em contraposição ao método ético fundamentado nos princípios universais e na justiça imparcial. É uma ética baseada nas particularidades, centrada nas virtudes e na relações entre as pessoas (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Carol Gilligan acredita que os homens têm a tendência de adotar uma ética dos direitos, acompanhados da avaliação e solução de conflitos imparciais, enquanto que as mulheres tendem à ética do cuidar, centrada na responsabilidade e em uma rede que liga necessidades, cuidados e prevenção de dano (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A percepção feminina do cuidado defendida pela autora refere-se à “valorização das particularidades dos casos clínicos, que são tidos sempre como únicos, cuja análise estaria centrada nas virtudes e baseada nas essências das relações entre as pessoas” (VASCONCELOS, 2020, p.47). Assim, Carol Gilligan destaca a importância de lembrar que cada paciente é único, pois a ética dos princípios por vezes perde de vista o caráter singular dos indivíduos e das suas relações.

Com efeito, “o cuidado se refere, afinal, à sensibilidade diante das necessidades e vulnerabilidades do outro concreto, em sua singularidade, com quem estamos em relação” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p.275). Outrossim, “cuidar significa

gostar de, ter um compromisso emocional com e ter disposição para agir em benefício das pessoas com as quais se tem um relacionamento significativo” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.106).

Neste sentido, “o cuidado é mais personalizado e atende aos valores dos indivíduos envolvidos. A intencionalidade personalista deste modelo tem sido realçada como importante para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica da medicina” (PATRÃO NEVES, 1996, p.11).

Um outro modelo é o denominado libertário, tendo como maior autor Tristram Engelhardt, que parte do pressuposto de que existem distintos modos de entender a moral. Conforme elucida essa linha teórica, os diferentes vieses abarcariam tanto os “amigos morais”, os quais compartilham dos mesmos valores morais, quanto os ‘estranhos morais”, que possuem ideias e posturas diversas (VASCONCELOS, 2020).

De acordo com Tristram, as controvérsias podem ser resolvidas através da valorização da liberdade e do exercício da tolerância. Segundo sua perspectiva, o reconhecimento da diferença moral e cultural dos povos, com a conseqüente perda de um referencial absoluto para o julgamento da diversidade, contribuiu para o despertar da bioética como um discurso de ética aplicada às questões de saúde e doença (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Este modelo também é conhecido como autonomista e tem como valores centrais a autonomia e o indivíduo. Ele tem uma proposta individualista, defende os direitos e propriedade do indivíduo, considerando o seu corpo como sendo de sua propriedade, possibilitando assim a comercialização dos órgãos (GOLDIM, 2002).

Este modelo inspirado na tradição político-filosófico do liberalismo norte americano acredita no valor supremo da autonomia do indivíduo, elevando-o ao extremo, chegando a admitir, por exemplo, a venda de sangue ou de órgãos, desde que a pessoa seja autônoma, e o procedimento seja precedido do consentimento livre e esclarecido (PATRÃO NEVES, 1996).

Há ainda um outro modelo de reflexão conhecido como “o da virtude”, de autoria de Edmund Pellegrino e David Thomasma, apresentado em 1988. O modelo da virtude reage à perspectiva individualista do modelo proposto por Tristram Engelhardt.

Esse modelo tem como ponto de partida a tradição grega, aristotélica, de uma ética da virtude, centrada no agente, notadamente nos profissionais de saúde, mas que não deixa de integrar plenamente o paciente em seu processo de decisão (PATRÃO NEVES, 1996). Coloca o foco no agente, especialmente nos profissionais

da saúde, mas integra o paciente no seu processo de decisão.

Nele, os autores propõem a “beneficência em confiança”, sendo que a fidúcia apresenta-se como núcleo essencial da relação entre médico e paciente, que possui uma lista de virtudes, a exemplo da compaixão, temperança, fidelidade, integridade, e não acreditam na exaltação da autonomia, que teria propiciado um mercantilismo desta relação, por conta do seu caráter contratual (VASCONCELOS, 2020).

É uma proposta baseada em características próprias do indivíduo, tais como, polidez, fidelidade, prudência, justiça, compaixão, humildade (GOLDIM, 2002). E sendo a virtude um traço que se aperfeiçoa pelo hábito, enfatiza-se a ação pela educação dos profissionais da saúde e na prática clínica, o que conduziria à prática do bem (LOURENÇO, 2014).

Camila Vasconcelos (2020) lembra que os referidos teóricos focam sua propedêutica na necessidade de uma boa formação humanística do médico, em detrimento, inclusive, dos princípios, que como normas, podem não ser cumpridos, caso não haja o devido preparo ético do referido profissional.

Os autores se propõem a despertar os profissionais da saúde para o valor das virtudes. Contudo, eles reconhecem que a virtude sozinha não é suficiente para elaboração de uma teoria ética abrangente, o que deve incluir conceitos de virtudes, dever e princípios (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Maria do Céu Patrão Neves (1996) traz também o modelo personalista ou humanista, que é o mais abrangente da Europa. De acordo com a autora, este modelo toma o ser humano em sua dignidade, sendo a pessoa considerada em sua realidade concreta.

Ela também destaca as características essenciais da pessoa enquanto tal: a unicidade da subjetividade, o caráter relacional na intersubjetividade e a solidariedade em sociedade. Este modelo é composto de três importantes características: a alteridade; a questão relacional e a singularidade; e a universalidade do ser humano (GOLDIM, 2002).

Patrão Neves (1996) explica que o caráter relacional refere-se ao contato com os outros, que é deveras importante na construção da própria subjetividade. Além disso, destaca que a unicidade da subjetividade diz respeito ao caráter singular e irrepetível do indivíduo, como ser único e original que a pessoa é. Conclui a autora ressaltando que o modelo personalista conduz os indivíduos até a mais plena realização possível de si mesmos, nas suas três dimensões, sendo que este viés

antropológico constitui o único fundamento da bioética.

2.3.3 As Declarações Internacionais sobre Bioética

A constituição da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO –, adotada em 1945, propiciou um espaço de reflexão e discussão acerca do fortalecimento do respeito universal pela justiça, pelo estado de direito, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais.

Neste sentido, foram promulgadas três declarações: 1) Declaração Universal sobre Genoma e os Direitos Humanos, em 1997; 2) Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos, em 2003, e 3) Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em 2005.

Segundo Alya Saad (2006), as duas primeiras Declarações tratam de assuntos controvertidos, como reprodução artificialmente assistida, início da vida, transplantes de tecidos e órgãos, clonagem, direito e dignidade da pessoa humana enquanto sujeito de experimentação científica, privacidade e confidencialidade dos dados genéticos. A autora esclarece que as referidas Declarações regulamentaram os diversos aspectos que possuem relação com o manejo do genoma humano, com a sua proteção contra possíveis abusos e com as intervenções técnicas sobre a vida humana desde a sua concepção até a morte.

Já a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, editada em outubro de 2005 em Paris pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, em sua 33ª Conferência Geral, representa um marco para a bioética mundial (CAETANO; GARRAFA, 2014). Este documento internacional representa uma mudança paradigmática no conceito de bioética, na medida em que a reflexão ética e bioética deixa de ser tema somente de especialistas, cientistas, pesquisadores e sábios, para ser assunto de todos e de cada um individualmente (SAADA, 2006).

O conteúdo da Declaração consolida uma “nova agenda temática para bioética de Século XXI: uma bioética mais humana, mais palpável e mais próxima dos verdadeiros conflitos persistentes que assolam a maioria dos países periféricos da Terra” (BARBOSA, 2006, p. 435). “O documento, considerado juridicamente norma não vinculante, sem força de lei, mas com significado político importante, foi firmado por 191 países signatários” (CAETANO; GARRAFA, 2014, p. 35).

Em que pese não oferecer subsídio jurídico de natureza vinculante, pode-se

considerar sua relevância na formulação de uma obrigação moral perante as situações que fragilizam determinados grupos da sociedade (CORGOZINHO; MONTAGNER, 2018). Em verdade, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH - traz princípios orientadores relativos à dignidade humana, a direitos humanos e a liberdades fundamentais. É considerada o documento internacional mais atual, que preconiza valores e estabelece premissas em defesa da vida e dos direitos humanos (CAETANO; GARRAFA, 2014).

Assim, foram contemplados no texto da DUBDH princípios como Dignidade Humana e Direitos Humanos, da Autonomia e Responsabilidade Individual, do Consentimento, do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Individual, da Igualdade, Justiça e Equidade Pessoal, os quais aqui foram destacados por estarem mais diretamente relacionados à construção adequada da relação entre médicos e pacientes.

O artigo terceiro da DUBDH pontua que a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados, prevalecendo os interesses e o bem-estar do indivíduo sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade (UNESCO, 2005).

Vale dizer que a condição humana é o único requisito para ser reconhecida a dignidade da pessoa e é o que a faz ser titular de direitos, os quais devem ser respeitados pelos particulares e pelo Estado. Cabe destacar, entretanto, que não existe um conceito exato do que vem a ser a dignidade humana.

De qualquer forma, este princípio pressupõe o reconhecimento do ser humano como centro e finalidade da existência, impedindo que a pessoa seja tratada como objeto. Assim, percebe-se neste artigo uma preocupação pela defesa da não instrumentalização do indivíduo. Já o artigo sexto, trata do Consentimento, que na primeira parte é apresentado da seguinte forma:

Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

Assim, tornou-se inadmissível o paternalismo cerceador da autonomia pessoal, bem como a deficiência na comunicação entre médicos e pacientes. Mas, para que o paciente possa consentir, o médico deve informar ao paciente a sua condição de

saúde, diagnóstico, prognóstico e terapêutica indicada (PAZINATTO, 2019).

O médico tem o dever de explicar de forma precisa, clara e objetiva a doença que acometeu o indivíduo, para que este, compreendendo sua real situação, possa autonomamente consentir ou recusar o tratamento oferecido. Sob esta perspectiva, o paciente estaria exercendo sua liberdade não somente quando age livre de coação, mas também quando compreende os procedimentos médicos, riscos e vantagens, podendo decidir em relação ao seu corpo.

Assim, verifica-se que o atendimento humano, a transmissão da informação, o esclarecimento sobre o estado da saúde ou da doença, a coleta do consentimento do paciente, são condutas que expressam importante respeito à dignidade e à autonomia da pessoa. Nessa linha, preceitua o princípio da Autonomia e Responsabilidade Individual disposto no artigo quinto da Declaração:

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

Camila Vasconcelos (2020) aponta a necessidade de emancipar o paciente da condição de passividade, através do estabelecimento de uma comunicação efetiva para que este tome para si o poder de decisão relativo à sua vida, de acordo com a sua condição de pessoa humana portadora de dignidade e autonomia, seja por meio de sua própria decisão ou de seu representante legal.

Já com relação à igualdade, esta passa pela compreensão de que independentemente da posição ocupada pelo indivíduo, tem-se que este, enquanto pessoa, possui incontestável dignidade a ser respeitada, consoante se depreende do princípio da Igualdade, Justiça e Equidade previsto no artigo décimo da DUBDH.

No que concerne à vulnerabilidade, a Unesco (2005) pontua que deve-se levar em consideração a fragilidade humana na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas, esclarecendo ainda que indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

Observa-se que a DUBDH aborda a integridade e o seu respeito no final do artigo 8º: “Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa”. Essa questão da integridade pessoal é extremamente relevante.

Conforme se observou anteriormente, o avanço da tecnologia e do fenômeno da especialização, a despeito dos seus benefícios, acabaram por contribuir para o distanciamento entre médico e paciente. Nesse sentido, o respeito à integridade do assistido parte da consideração da pessoa em sua totalidade, em que a ser humano é percebido em seus diversos aspectos.

Em verdade, trata-se de uma abordagem em crescimento, porquanto atualmente se entende que a saúde é um conceito amplo, que abrange os aspectos físicos, psíquicos e sociais da pessoa, “[...] posto que os aspectos que contribuem para que alguém esteja saudável são plúrimos e relativos [...]” (MEIRELLES; SILVA, 2018, p. 105).

A Organização Mundial da Saúde afirma que o conceito de saúde deve ser alcançado a partir de aspectos físicos, psíquicos e sociais das pessoas. No passado, a saúde era vista apenas pelo aspecto biológico, através de sintomas físicos, entendimento hoje já superado (MEIRELLES; SILVA, 2018).

Essa concepção multidimensional também se aplica ao conceito de doença e o respeito necessário à integridade pessoal implica enxergar o paciente como um todo, levando em consideração os seus aspectos biológicos e psíquicos. Para ilustrar a situação, Antônio Carlos Lopes (2012), presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, dá como exemplo os casos de síndrome do pânico, em que o indivíduo normalmente relata um quadro de doença instalada e de um mal-estar profundo, porém os exames não indicam nenhuma anormalidade.

Nesse caso, para o citado profissional, o bom diagnóstico é feito apenas pela anamnese e através da relação entre médico e paciente. Assim, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos representa grande avanço político e teórico para a construção de uma relação adequada entre médico e paciente.

3 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO

Atualmente, a configuração adequada das relações entre médicos e pacientes demanda uma análise harmônica do exercício da autonomia no contexto da vulnerabilidade. Isto porque a vulnerabilidade, enquanto condição inerente ao indivíduo, pode representar um empecilho ao exercício pleno da autonomia. Assim, a concepção de autonomia numa perspectiva bioética requer a consideração da situação pessoal do agente manifestante da vontade, o que implica, necessariamente, em avaliação de sua vulnerabilidade.

3.1 A AUTONOMIA NA PERSPECTIVA JURÍDICA

A autonomia do paciente no âmbito da saúde pressupõe a compreensão evolutiva do conceito de autonomia privada dentro do ordenamento jurídico. O termo autonomia, tanto em dicionários como em linguagem comum, perpassa os significados de independência, liberdade, auto-regulamentação de condutas, autogoverno (RODRIGUES JÚNIOR, 2004).

“Do ponto de vista etimológico, o vocábulo “autonomia” deriva dos termos gregos *autós*, que significa “próprio”, “individual”, “pessoal”, “incondicionado”, e *nomía*, que significa “conhecer”, “administrar” (BAEZ; LIMA, 2016, p. 116). “Filosoficamente, “autonomia” indica a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter. Seu antônimo é “heteronomia” (SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998, p.3).

“Com raízes na tradição liberal ocidental, e presente na obra de grandes pensadores como John Locke, Immanuel Kant e John Stuart Mill, esse princípio destaca a importância da liberdade para a vida política e o crescimento pessoal” (CLOTET, 2009, p. 432). A partir de Immanuel Kant a autonomia é introduzida na reflexão filosófica, o que culminou no seu deslocamento para o discurso jurídico, na medida em que é através da filosofia que possíveis respostas são apresentadas (MOUREIRA, 2007).

Em verdade, Kant exerce grande influência nas construções teóricas modernas acerca da autonomia tanto no âmbito jurídico quanto no campo da bioética. Para ele “o ser humano, e em geral todo ser racional, existe como finalidade em si mesmo, e não como mero meio de uso arbitrário para essa ou aquela vontade” (KANT, 2018, p. 70).

Assim, de acordo com Immanuel Kant, o ser humano possui valor próprio, sendo detentor de valor absoluto, que seria a dignidade, merecendo em razão disso ser respeitado, diferentemente das coisas que possuem valor relativo e que podem ser usadas como meio, instrumento. Kant ressalta que o outro também deve ser visto como fim em si mesmo, ao registrar que “aja de modo a usar a humanidade, tanto na sua pessoa quanto na pessoa de outrem, a todo instante e ao mesmo tempo como um fim, mas jamais apenas como meio” (KANT, 2018, p. 71).

De acordo com este filósofo alemão pode-se extrair três conclusões decorrentes da liberdade inata: a igualdade inata, que seria a independência no sentido de não ser obrigado por outros, a não ser aquilo que, reciprocamente, pode-se obrigar a si mesmo; a integridade em não prejudicar os outros; e não obrigar o outro a algo que não queira (MOUREIRA, 2007).

Juridicamente considerada, a autonomia é o resultado do progresso dos Estados modernos e consequência de uma perspectiva emanada de uma ordem mundial, notadamente das recomendações provenientes das declarações e tratados internacionais (MEIRELLES; SILVA, 2017).

No Direito, a autonomia é concebida na contemporaneidade como um atributo do ser humano e constituir-se-ia um dos fundamentos da dignidade da pessoa humana, sendo compreendida como um espaço de liberdade conferido à pessoa para gerir a sua vida em todos os aspectos. Entendida também como liberdade conferido a pessoa para desenvolver sua vida, bem como manifestar sua individualidade, utilizar seu corpo de acordo com seus interesses e valores.

Dada a sua relevância, a autonomia ocupa lugar de destaque dentro do direito por expressar a liberdade que as pessoas têm para criar relações jurídicas dentro dos limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico. Contudo, seu conteúdo passou por algumas transformações axiológicas ao longo dos tempos, especialmente após o advento da Constituição Federal de 1988, que determinou a redefinição de seus contornos à luz dos novos valores determinados pela Constituição cidadã.

Com efeito, a elevação da dignidade da pessoa humana à categoria de um super princípio, impôs uma tutela diferenciada para a autonomia. Ana Teixeira e Carlos Konder (2010) pontuam que o principal destaque está na relevância atribuída à autonomia no que concerne aos atos existenciais, que são aqueles que não estão ligados ao patrimônio, mas aos elementos que constituem a identidade, que individualiza e caracteriza a pessoa.

Desta forma, a proteção da autonomia ganha especial importância no contexto de uma sociedade que tem como fundamentos da República a dignidade da pessoa humana e o pluralismo democrático. Neste contexto, não faz mais sentido compreender a autonomia como vontade individual exercida de forma descomedida, pois hoje ela tem a função de orientar as relações sociais, na medida em que o reconhecimento recíproco da condição de sujeito possibilite que a sociedade de forma democrática usufrua de espaço autônomo de desenvolvimento pessoal (CASTRO; MORAES, 2014).

Assim, realizar-se-á uma breve abordagem histórica do conceito de autonomia e de seu conteúdo jurídico, a partir do marco político do Estado liberal. Até porque existe uma grande diferença entre o que se entendia como autonomia da vontade e o conceito atual de autonomia privada.

3.1.1 Autonomia da vontade

A autonomia da vontade era o princípio fundamental do direito civil tradicional, construído ao longo dos séculos XVIII e XIX. “Inspirado no *ethos* burguês revolucionário, o modelo visava consagrar a plena liberdade individual frente ao sistema anterior, caracterizado por um Estado absoluto e uma sociedade rigidamente separada em estamentos” (TEIXEIRA; KONDER, 2010, p.1-2).

Orientado por este ideal liberal burguês, o direito civil clássico ocupava-se da preservação do patrimônio dos sujeitos de direitos, tendo como marca característica a liberdade da pessoa, o individualismo e o respeito à manifestação da vontade. O direito privado cuidava de regular, sob o aspecto formal, a ação dos sujeitos de direito, especialmente o contratante e o proprietário, que aspiravam a extinção de todos os privilégios feudais para poder contratar, circular riquezas, adquirir bens, como ampliação da própria inteligência e personalidade, sem restrição ou obstáculos legais (TEPEDINO, 2009).

Rodrigues Júnior (2004) observa que a autonomia da vontade, como um princípio jurídico e filosófico, surge como resposta que a Civilização Ocidental soube dar a anseios seculares por igualdade e liberdade. Neste contexto, a autonomia traduzia a emancipação do sujeito no que concerne à liberdade para criar, circular e acumular riquezas.

Ela era concebida unicamente sob o viés patrimonial, pois abrangia apenas a capacidade de realizar livremente negócios jurídicos (MORAES; CASTRO, 2014).

“Imponderável, quase absoluta, ela só sofria restrições de origem externa e, sempre, excepcionais” (TEIXEIRA; KONDER, 2010, p.1).

Assim, a autonomia da vontade nasceu no sistema jurídico representando a possibilidade, embora não ilimitada, que os particulares possuíam para resolverem seus conflitos de acordo com os seus interesses. Desta forma, a autonomia consistia na capacidade que o indivíduo detinha de realizar livremente negócios jurídicos, determinando seu conteúdo, a forma e os efeitos de acordo com a sua vontade, sem grandes interferências externas.

Celina Moraes e Thamis Castro (2014) observam que o sujeito autônomo era aquele livre para realizar transações comerciais, e não indivíduo livre para existir, em consonância com a sua dignidade. De acordo com as autoras, isso resultou em excesso de individualismo, com não reconhecimento do outro, bem como a assunção de postura de aniquilar o outro, que possuía respaldo na abstração formal da lei, que ignorava as ideias de solidariedade e fraternidade, limitando-se a uma ordem fictícia de homens livres e iguais.

Segundo Ana Teixeira (2018), a liberdade do indivíduo ocupava o centro do ordenamento jurídico, logo à época fazia todo o sentido atribuir à vontade o poder de regular as relações jurídicas, notadamente as patrimoniais, o que daria origem à liberdade econômica, que tem como premissa a economia de mercado e a livre concorrência. “A vontade era fonte dos direitos e o contrato sua forma excelsa de exteriorização” (RODRIGUES JUNIOR, 2004, p.116-117). Nesta senda, “a autonomia clássica, era absoluta, como valor em si, abstratamente conferida a todos” (FARIAS; ROSENVALD, 2021, p. 175).

Como se vê, a concepção da autonomia positivada se baseava em uma visão do sujeito de direito isolado, contemplado de forma abstrata, pois a pessoa não era considerada em sua vasta gama de particularidades pela ordem jurídica, sendo todos considerados iguais na letra da lei. Nesta perspectiva, “a autonomia, qualificada apenas como um produto da vontade, revelou-se uma derivação reducionista do individualismo, esquecendo o substrato humanista que lhe deveria permear” (RODRIGUES JUNIOR 2004, p.120).

Assim, autonomia da vontade consistia no poder conferido ao indivíduo no marco político do Estado Liberal, para decidir a própria vida no que concerne à liberdade contratual, na medida em que o maior valor social à época era o patrimônio, em razão da sociedade burguesa dominante, que determinava que os negócios se

baseassem em uma lógica eminentemente econômica (TEIXEIRA, 2018).

Seguindo esse trilha, o Código Civil de 1916, refletindo os valores do liberalismo econômico, tinha a autonomia como sinônimo de liberdade individual para realizar transações comerciais, já que na época o maior valor almejado era o patrimônio, em que a propriedade privada e a liberdade pactual tinham a máxima proteção e o contrato representava o principal instrumento para a acumulação de riqueza.

3.1.2 Autonomia privada

As transformações ocorridas na sociedade exigiram uma redefinição do conceito de autonomia, pois ficou insustentável a concepção da autonomia unicamente sob o prisma patrimonial, liberal, voluntarista e individualista. Com a massificação da sociedade, os valores morais e econômicos se transformaram, fazendo surgir a necessidade de uma maior intervenção estatal, com o intuito de preservar o convívio humano e o Estado de Bem-Estar Social, o que ocasionou a diminuição do papel da vontade (LIMA; BAEZ, 2016).

Esses fatores, que, somados ao pós-guerra, fascismo, comunismo e nazismo, apresentaram forte intervenção do Estado na economia e impôs uma reestruturação das relações econômicas privadas, antes edificada sob o perfil da liberdade formal (TEIXEIRA, 2018).

Ana Teixeira e Carlos Konder (2010) pontuam que esse cenário foi determinante para a mudança de paradigma no sentido de priorizar a proteção da dignidade da pessoa humana, que foi consagrada nas declarações internacionais de direitos humanos e na positivação de direitos fundamentais das Constituições, impondo a proteção integral da pessoa em todos os seus aspectos. Afinal, arrematam os autores, a verdadeira emancipação não ocorre por meio de uma simples garantia formal de declarar vontade, mas sim através do livre desenvolvimento da personalidade.

Maria Moraes e Thamis Castro (2014) destacam que as Constituições solidaristas do pós-guerra inovaram na proteção das necessidades existenciais, ao mesmo tempo que determinaram a solidariedade como algo categórico das relações patrimoniais. Esclarecem ainda que, em atendimento à referida tendência, a Constituição Federal iniciou o período humanitário, se comprometendo expressamente a efetivar a igualdade e a liberdade.

Em âmbito nacional, a Constituição deu início a uma nova era em razão da

valoração e promoção da pessoa humana em todos os âmbitos, consolidando uma nova concepção de autonomia, que teve seu conteúdo alterado para se adequar aos valores constitucionais.

Com efeito, a previsão da dignidade da pessoa humana pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 1º, inciso III, provocou verdadeira inovação na dogmática jurídica, ao colocar a pessoa na posição de centralidade no ordenamento jurídico brasileiro. Nesse sentido, Renata Menezes (2018) afirma que, no âmbito do Direito, a mudança mais importante foi a sedimentação dos Direitos Humanos, por posicionar a pessoa no cerne do ordenamento jurídico e adotar a dignidade como elemento orientador de interpretação sistêmica.

A Constituição passou a revelar apreço pela realização da pessoa humana, que doravante adquiriu importância pelo simples fato de existir, sendo-lhe assegurada a liberdade para criar seus projetos de vida e viver de acordo com suas concepções e valores, em que há o respeito a sua individualidade. Logo, a inclusão do princípio da dignidade da pessoa humana, no texto constitucional, deixa claro a prevalência das situações existenciais sobre as patrimoniais (MORAES; CASTRO, 2014), o que significa dizer que as relações patrimoniais são instrumentos para a realização da pessoa.

Outrossim, a Constituição reconhece a pessoa em sua singularidade e assegura a sua autonomia, sob o viés não apenas da igualdade formal, mas sobretudo da igualdade material. Sob este novo paradigma, a verdadeira autonomia se dá na dialética entre fato e norma, em que a pessoa é considerada em sua singularidade e são tuteladas as suas vulnerabilidades, garantindo-lhe condições efetivas de um exercício pleno da sua liberdade (TEIXEIRA; KONDER, 2010).

Nesse passo, o Código Civil de 2002 teve que abandonar a perspectiva patrimonialista e buscar proteger a pessoa humana também no âmbito das relações privadas (FARIAS; ROSENVALD, 2010). Desta forma, a autonomia elaborada de acordo com noção de liberdade individual de feição patrimonialista, consolidada pela produção jurídica liberal germânica dos séculos XVIII e XIX, não encontra espaço no Direito Civil contemporâneo (CASTRO; MORAES, 2014).

A mera vontade deixa de ser tutelada, pois no ordenamento moderno o interesse é protegido tendo em vista a dignidade, compreendida sob uma ótica solidarista. Neste raciocínio, a autonomia não é mais da vontade, na medida em que a exteriorização da liberdade do indivíduo deve estar em consonância com os valores

constitucionais. Assim, a autonomia da vontade cede lugar à autonomia privada, que consiste na liberdade que as pessoas têm para estabelecer relações jurídicas dentro dos limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico.

A noção de autonomia da vontade, como concebida nas codificações do Século XIX, dá lugar à autonomia privada, alterada substancialmente nos aspectos subjetivo, objetivo e formal. No que se refere ao subjetivo, observa-se a passagem do sujeito abstrato à pessoa concretamente considerada. [...] Por outro lado, a mudança no aspecto objetivo da autonomia privada revela-se no sentido de que novos interesses existenciais se sobrepõe aos interesses patrimoniais que caracterizavam os bens jurídicos no passado. [...] Por fim, a forma dos atos jurídicos que se voltava no passado exclusivamente para a segurança patrimonial, no sentido de proteger as transferências patrimoniais inter vivos e causa mortis, especialmente no que tange aos bens imóveis, passa a exercer papel limitador da autonomia privada, em favor de interesses socialmente relevantes e das pessoas em situações de vulnerabilidade (TEPEDINO, 2009, p. 14-15).

No âmbito patrimonial, a proteção da autonomia está condicionada à realização de interesses socialmente relevantes e de valores que fundamentem a ordem democrática, como a dignidade da pessoa humana e solidariedade social, indicando que na autonomia patrimonial os limites não são somente externos, mas, ao contrário, integram a própria estrutura do direito subjetivo (CASTRO, 2017). Ademais, o ordenamento jurídico brasileiro trilhou o caminho do respeito à diversidade, ao estatuir como um dos fundamentos da República o pluralismo, que não se restringe ao pluralismo partidário.

Logo, reconhece-se que a sociedade contemporânea tem como marca característica a diversidade, o que implica diálogo, reconhecimento e respeito para com todas as formas de exercício de autonomia. Diante deste novo cenário, em que há proteção e promoção da pessoa sob todos os aspectos, sedimenta-se uma nova dimensão para a autonomia privada adequada às situações existenciais: uma autonomia que veio para tutelar a liberdade garantidora do desenvolvimento da personalidade humana, fundamentando-se no princípio constitucional da dignidade da pessoa.

No plano existencial, a autonomia visa garantir “a realização direta da dignidade, conforme as próprias aspirações, valores e *modus vivendi*, enfim, têm como função imanente a livre realização da personalidade, segundo o estilo de vida individual” (TEIXEIRA, 2018, p. 87). Consiste na liberdade que as pessoas têm para construir a sua personalidade, identidade e singularidade, para que possam desenvolver a sua vida de acordo com os seus valores.

Claro que os fundamentos constitucionais para os atos de autonomia patrimonial e existencial são distintos, motivo pelo qual são analisados em planos diferentes. Cristiano Farias e Nelson Rosenvald (2021) destacam que as situações jurídicas existenciais, por tutelar os atributos essenciais do ser humano e o seu livre desenvolvimento da vida em relação, em um ordenamento protagonizado pela dignidade da pessoa humana, não admitem proteção e promoção condicionada a qualquer forma de funcionalização ou satisfação de interesses coletivos.

Mas, como qualquer outro ato de liberdade, a autonomia que trata das situações existenciais pode ser limitada, porém em situações excepcionais e somente quando presentes requisitos que comprovem de forma concreta a necessidade dessa restrição (CASTRO, 2017), como, por exemplo, quando o exercício da autonomia gerar consequências jurídicas na vida de terceiros.

Neste contexto, Sílvia Romero Beltrão (2014) pontua que o reconhecimento da autonomia é uma consequência do direito ao livre desenvolvimento da personalidade. Para o autor, embora a Constituição Federal não tenha previsto expressamente esse direito, como fez a Constituição portuguesa, isso não significa dizer que o cidadão brasileiro não possua o direito de desenvolver livremente a sua vida.

O direito ao livre desenvolvimento da personalidade visa garantir um espaço de liberdade para que a pessoa construa sua individualidade, seu projeto de vida de acordo com suas ideias e convicções de maneira livre e autônoma. Ele confere à pessoa o direito de agir da forma que acredita ser mais conveniente em sua vida e determina uma obrigação de abstenção de terceiros na esfera íntima da pessoa (MIRANDA, 2013).

Paulo Mota Pinto (2000), em estudo sobre o direito ao livre desenvolvimento da personalidade na Constituição portuguesa, esclarece que seu fundamento está no princípio da dignidade da pessoa humana, justificativa que pode ser perfeitamente utilizada para fundamentar a existência desse direito também no ordenamento jurídico brasileiro. Afinal, a dignidade da pessoa humana passa necessariamente pela garantia do desenvolvimento da personalidade de maneira livre e autônoma. Ademais, a liberdade é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal, o que significa dizer que cada cidadão é livre e tem o direito de traçar seus próprios caminhos e desejos de forma autônoma.

Nesse sentido, Sílvia Romero Beltrão (2014) destaca que a ideia do livre desenvolvimento da personalidade fundamenta-se também no art. 5º, II, da CF, que

prevê que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, por ser uma norma de proteção de liberdade dentro dos limites estabelecidos pela ordem jurídica.

Por sua vez, a proteção da personalidade visa resguardar a identidade, a capacidade da pessoa em desenvolver suas características individuais, seu modo de pensar e de agir, sua ideologia, a construção de seus valores, sonhos e projetos de vida (MIRANDA, 2013). Afinal, a realização da personalidade humana não é algo determinado previamente, que se receba por atribuição, mas sim algo que se constrói a partir da própria pessoa, como centro de decisão autônoma (PINTO, 2000).

Realmente, o indivíduo está em constante construção, necessitando, em razão disso, de proteção de sua autonomia e liberdade para desenvolver sua vida conforme os seus interesses e valores. Assim, Renata Menezes (2015) registra que o direito ao livre desenvolvimento da personalidade funda-se na tutela da individualidade, abrangendo, além da tutela da liberdade, a da personalidade e o direito à diferença.

3.2 A AUTONOMIA NA BIOÉTICA: UM PANORAMA DO PRINCIPIALISMO

A autonomia não possui um único conceito, sendo necessário defini-la à luz de objetivos específicos, na medida em que ela adquire sentido mais determinado de acordo com o contexto de uma teoria (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Em bioética, a autonomia é empregada para analisar a necessidade de respeito às decisões individuais no decorrer dos processos médicos e científicos, tendo a teoria principialista buscado estudar os seus aspectos e fundamentos.

A análise da autonomia em âmbito biomédico é consequência do reconhecimento do paciente como pessoa, o que significa um avanço no exercício adequado da medicina. A propósito, “o respeito à autonomia origina-se do reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional e capacidade para determinar o próprio destino” (WANSSA, 2011, p.111).

Nesta linha, Neves e Soares (2018) observam que, na segunda metade do século XX, o paciente assume papel ativo na preservação da sua saúde, na prevenção e controle da doença, optando pelo tratamento e decidindo a respeito da sua vida.

Com efeito, o movimento dos direitos dos pacientes, que teve início nos anos 70, nos EUA e em alguns países da Europa, estimou sobremaneira o exercício de sua autonomia, ao questionar o paternalismo médico (ALBUQUERQUE, 2018). A autora

explica que, com base nessa autonomia, compreendida como integrante da dignidade humana, que ao indivíduo foram oportunizadas escolhas a respeito de sua própria vida e a chance de se pautar de acordo com as mesmas.

Neste contexto, a bioética principialista firma-se a partir da publicação da obra *Princípios de Ética Biomédica*, em 1979, de autoria de Tom Beauchamp e James Childress, que destaca que os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça podem orientar a resolução de problemas éticos na área da biomedicina. Essa teoria possui bastante aceitação para resolução de conflitos éticos e morais que venham a surgir no âmbito da saúde (AGUIAR; COSTA, 2020).

“A formulação dos princípios pretende ir ao encontro do acervo plural das sociedades modernas ocidentais e do mínimo ético que corta transversalmente as diferentes culturas da humanidade” (NUNES, 2017, p.24). No entanto, observa o autor, que mais do que nunca a reflexão ética assume papel importante na contemporaneidade, em uma sociedade global, bastante tecnológica, mas profundamente desumanizada.

Ressalte-se que não há hierarquia entre os princípios. Mas, a partir do estudo realizado por Beauchamp e Childress o tema autonomia foi profundamente analisado na área da saúde.

A relação médico-paciente sofre substancial transformação com o princípio da autonomia, visto que a relação de autoridade cede espaço para a participação efetiva do paciente no seu tratamento, exigindo-se transparência na intervenção. Com efeito, no âmbito médico existem muitos problemas acerca da autonomia, devido à vulnerabilidade do paciente e os resquícios da posição de autoridade do médico, o que explica o grande destaque deste princípio no campo da bioética médica.

Assim, aos poucos foi se consolidando o entendimento de que cabe ao paciente tomar decisões sobre a sua saúde, o que implica em uma nova perspectiva da relação médico-paciente. De acordo com Beauchamp e Childress (2002), o indivíduo autônomo age de forma livre em conformidade com o plano de ação escolhido por ele mesmo, enquanto que a pessoa que tem autonomia reduzida é, de alguma forma, controlada por outros ou incapaz de decidir e agir com base em seus desejos e planos.

Os autores não focam nas características das pessoas autônomas, que abrangem capacidade para se autodeterminar, tais como entendimento, raciocínio, tomada de decisão e escolha independente, na medida em que essas pessoas podem eventualmente tomar decisões que não são autônomas em razão de restrições

temporárias como doença, depressão, ignorância, coerção ou qualquer outra condição que limitem as escolhas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Da mesma forma, para eles, as pessoas com autonomia reduzida podem sim em determinadas situações tomar decisões autônomas, razão pela qual centram-se em determinar as características das ações autônomas. Assim, uma ação é autônoma no que concerne aos agentes normais se a pessoa age intencionalmente, com compreensão e sem influências externas que controlem as suas ações (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Desta forma, os autores esclarecem que a ação será autônoma se for proveniente de um grau de entendimento substancial e livre de qualquer coerção, não sendo necessário um entendimento pleno e total ausência de influência. No entanto, os critérios para determinar se o indivíduo é substancialmente autônomo devem levar em consideração o contexto particular da decisão em questão (FERRER; ALVARÉZ, 2005).

Não há como o paciente decidir sem conhecer o seu estado clínico. É necessário que o profissional de saúde informe o diagnóstico de forma clara e objetiva para que o paciente avalie as opções de tratamentos, riscos e benefícios e decida de forma consciente. Outrossim, o paciente também deve fornecer ao médico informações acerca do seu estado de saúde para que este atue de forma adequada.

Nesse passo, a autonomia leva em consideração a importância da vontade livre do paciente e do respeito que o médico deve guardar por suas dimensões moral, física e jurídica (WANSSA, 2011). Segundo a autora, a autonomia na prática significa promover, sempre que possível, comportamentos autônomos dos pacientes, informando-os, garantindo o entendimento e a livre adesão, comprovados através da assinatura do consentimento livre e esclarecido.

Assim, em âmbito médico, “o respeito à autonomia exige que os profissionais informem adequadamente, verifiquem e se assegurem quanto ao esclarecimento e à voluntariedade e estimulem a tomada da decisão” (PEDROSA, 2016, p. 8). De posse dessas informações prestadas pelo profissional de saúde, o paciente, se for autônomo, poderá realizar sua escolha consciente e livre em consonância com seus valores morais.

Desta forma, “a autonomia confere ao paciente o direito de decidir qual o tratamento seguir ou mesmo optar pela escolha de não se tratar. O respeito ao paciente decorre da possibilidade de dotá-lo de escolha” (NAVES; RAVICZ; MORAES,

2018, p.82). Ademais,

A aplicação do princípio da autonomia no âmbito da saúde tende a horizontalizar a relação, protegendo o paciente e o sujeito da pesquisa de tudo que possa limitar ou reduzir sua autonomia. Considera-se autônomo o indivíduo que tem capacidade para: compreender as informações relevantes sobre sua situação; compreender as possíveis consequências de cada uma de suas decisões; comunicar de forma clara e reiterada sua decisão (BARBOZA, 2009, p. 227).

Para Tom Beauchamp e James Childress (2002), o respeito pela autonomia impõe, pelo menos, reconhecer o direito da pessoa em: ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir em conformidade com seus valores e crenças pessoais. Albuquerque (2018) afirma que a autonomia do paciente implica no direito à integridade corporal e no direito a tomar decisões relativas aos cuidados em saúde.

No entanto, não basta apenas respeitar a autonomia, no sentido de se abster de interferir nas decisões, sendo necessário criar condições para que as pessoas possam exercer plenamente a autonomia. Assim, o respeito a autonomia de outrem exige ações e não simplesmente atitudes (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A propósito, o princípio de respeito à autonomia apresenta-se de maneira positiva e de maneira negativa. De acordo com os autores sobrecitados, quando expresso de maneira positiva, o princípio exige o tratamento respeitoso às pessoas no que concerne à revelação de informações e no incentivo a decisões autônomas, isto é, obriga os profissionais de saúde a determinadas condutas, quais sejam: transmitir as informações, garantir o esclarecimento e a voluntariedade e encorajar a tomada de decisão adequada. Já no seu aspecto negativo, o princípio da autonomia exige que as ações autônomas não sejam submetidas a controles externos que as limitem.

3.3 A NECESSÁRIA DISTINÇÃO ENTRE AUTONOMIA E CAPACIDADE CIVIL

Para que o paciente pratique um ato de decisão, concordância e aprovação, faz-se necessário que o mesmo tenha capacidade e autonomia para entender as informações recebidas sobre sua saúde e decidir livremente (PAZINATTO, 2019). Com efeito, o exercício da autonomia pressupõe que a pessoa seja capaz de compreender a situação e as consequências de sua decisão.

Tom Beauchamp e James Childress (2002) pontuam que o conceito de capacidade comporta diversos significados a depender da área de estudo, tais como, medicina, psiquiatria, da lei, da filosofia, o que implica em diferentes propósitos e

funções. Os autores esclarecem que em âmbito biomédico, uma pessoa é considerada capaz se tiver aptidão para compreender uma terapia ou um procedimento de pesquisa e puder deliberar acerca dos riscos e benefícios relevantes para tomar uma decisão à luz dessa deliberação.

Assim, percebe-se que em bioética a capacidade é um elemento integrante do exercício adequado da autonomia. No campo da saúde, a pessoa tem de ter a capacidade para consentir, isto é, a capacidade para compreender as orientações médicas, os efeitos e as consequências da doença, seus tratamentos e riscos, para poder fazer sua escolha consciente.

De acordo com Silvio Beltrão (2014, p. 20), a capacidade de decidir “é a habilidade para entender os riscos, benefícios e alternativas e para realizar uma decisão razoável”. Assim, a capacidade para consentir requer um estudo mais complexo do que aquele realizado para aferir a capacidade para exercício de direitos, prevista no Código Civil, de caráter patrimonialista, na medida em que o bem jurídico em discussão é a vida, a saúde, a integridade física.

Desta forma, a capacidade para consentir é um conceito que independente da capacidade civil. Nesse sentido, Aline Albuquerque (2018) aponta que a capacidade na área da saúde é expressão da autonomia sobre o próprio corpo e que decorre do direito à privacidade, diferentemente da capacidade legal para a prática dos atos civis, que trata essencialmente dos atos patrimoniais.

Logo, conclui a autora, que a aplicação da capacidade civil, proveniente do Direito Romano, no âmbito da saúde revela-se equivocada, na medida em que tal instituto não foi pensado para tal finalidade e tampouco se mostra coerente com a evolução dos movimentos dos direitos humanos, especialmente dos direitos dos pacientes.

Com efeito, a análise das questões de saúde e vida da pessoa sob o viés da capacidade prevista no Código Civil não se revela razoável em âmbito biomédico, por ser este um ramo específico, que trata de questões relacionadas a dignidade do paciente (ALBUQUERQUE, 2018).

O Código Civil de 2002 dispõe em seu artigo primeiro que “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”, o que significa dizer que a capacidade é a regra e a incapacidade é a exceção. A capacidade jurídica é dividida em capacidade de direito, conhecida também como de gozo, que é reconhecida indistintamente para todos os indivíduos; e a capacidade de fato ou de exercício que significa a aptidão

para praticar pessoalmente, por si mesmo, os atos da vida civil (FARIAS; ROSENVALD, 2021).

As hipóteses de incapacidade civil estão previstas no Código Civil, nos seus artigos 3º e 4º. Com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência, em 2 de janeiro de 2016, houve alteração do regime das capacidades do Código Civil vigente.

Assim, o legislador impôs no seu artigo 3º, que os menores de 16 anos são absolutamente incapazes; e, no artigo 4º, trata dos relativamente incapazes, que são os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; os ébrios habituais e os viciados em tóxico; aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade e os pródigos.

Essa restrição imposta impede que o incapaz realize certos atos da vida civil, necessitando em razão disso de representação ou assistência. Por essa classificação, o detentor da capacidade civil plena é o indivíduo maior de dezoito anos que não figura nas hipóteses do artigo 4º do Código Civil, no entanto, por vezes, esse indivíduo pode não ser considerado autônomo (MEIRELES; KUSTERER, 2020). Esse critério de capacidade civil não é adequado para se analisar a autonomia na área da saúde.

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 etário 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 sua real condição de autônomo (MEIRELES; KUSTERER, 2020, p. 75).

De acordo com Mônica Silva (2016), o adulto, mesmo sem limitações de ordem psíquica ou mental, portanto, em pleno gozo de sua capacidade civil, pode ter sua autonomia reduzida em razão da vulnerabilidade a que está exposto ou em virtude do poder da técnica do médico ou do pesquisador. Assim, “uma pessoa maior de idade e saudável, portanto juridicamente capaz, pode não ter condições de exercer a sua real autonomia por carência de compreensão, o que pode ser justificado pela presença de algum tipo de vulnerabilidade extrínseca” (MEIRELLES, 2018, p. 21).

Ademais, mesmo as pessoas consideradas incapazes civilmente podem exercer a autonomia em determinadas situações. Considere-se, por exemplo, o adolescente, menor de 16 anos que, muitas vezes, está apto para decidir sobre sua vida e exercer plenamente a sua autonomia, embora tenha sua vontade

desconsiderada no plano civil.

Aline Albuquerque (2018), ao analisar a questão do menor de 16 anos, afirma que tal previsão civilista faz até sentido sob o ponto de vista patrimonialista, pois é justificável afastar a criança e o adolescente das decisões sobre os seus bens, mas quando se trata de corpo e saúde não é razoável excluí-los absolutamente do processo de tomada de decisão, desconsiderando sua vontade, na medida em que se está diante de uma decisão de caráter personalíssimo e existencial.

Além do que, a doença, seja ela de qualquer nível de gravidade, pode gerar para o momento uma vulnerabilidade que reduz a habilidade da pessoa para a tomada de decisões concernentes à sua vida e saúde (SILVA, 2016), reduzindo sua autonomia, embora não seja o caso de incapacidade civil. Portanto, “a mera aferição da condição de capacidade à luz dos critérios normativamente prescritos podem não revelar um indivíduo autônomo” (MEIRELES, 2018, p.21).

Desta forma, “ao levarmos em conta a incapacidade imposta pelo Código Civil, estaremos, já de início, violando a autonomia do paciente” (PAZINATTO, 2019, p.235). A teoria das incapacidades não é a mais adequada para tratar da tomada de decisão em âmbito médico.

Nesse sentido, cabe mencionar que com a entrada em vigor da Lei n. 13.146/2015, em 02 de janeiro de 2016, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, as pessoas com enfermidade ou deficiência mental, que não tiverem necessário discernimento, bem como os excepcionais passaram a ser capazes civilmente, conforme preceitua o art. 114 da referida lei. Assim, com a vigência deste Estatuto os doentes mentais passaram a ser considerados capazes.

Todavia, não se pode afirmar que tais pessoas podem exercer de fato a autonomia. Ainda que sejam consideradas capazes civilmente, a aferição da autonomia se dará em concreto, considerando sua competência em elaborar consentimento e o discernimento esclarecido.

Assim, a autonomia em sentido bioético não pode ser identificada integralmente com a capacidade civil, pois deve-se pensar na referida autonomia como algo atrelado à capacidade exclusivamente bioética, na medida em que as questões concernentes a saúde e a vida das pessoas devem ser por elas mesmas decididas, ainda que não tenham atingido a maioridade civil (AGUIAR, 2013).

A capacidade em nível biomédico não se restringe à análise da idade e do nível de discernimento do indivíduo, porquanto abrange fundamentalmente o exame

da habilidade para compreender as informações acerca da questão apresentada de maneira que a decisão seja tomada de forma verdadeiramente livre.

Isso se deve inclusive porque há aspectos sociais, econômicos e políticos que também podem ser capazes de restringir a autonomia do indivíduo, ao reduzir-lhes as oportunidades e as opções de escolhas disponíveis, afetando assim sua liberdade decisória (MEIRELES; ALEGRIA, 2018), razão pela qual a análise da capacidade em bioética é feita de forma bastante aprofundada. Logo, a autonomia em bioética exige um olhar que ultrapasse a análise da capacidade civil, devido as peculiaridades específicas desta área do conhecimento, notadamente por se tratar de exercício de liberdade que diz respeito, em princípio, ao próprio titular.

3.4 A VULNERABILIDADE COMO CATEGORIA A SER CONSIDERADA

A autonomia traz a ideia de autodeterminação da pessoa para que possa tomar decisões que afetem sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais (MORAIS, 2010). Claro que o paciente, ao exercer sua autonomia, isto é, ao praticar um ato de decisão, concordância e aprovação, deve ter condição de entender as informações recebidas sobre sua saúde para assim deliberar livremente.

Observa-se que a autonomia tem relação direta com a capacidade de entender e querer. No entanto, existem fatores de ordem pessoal, social, econômica que podem interferir no exercício pleno da autonomia, ao apresentar-se como condição que reduz ou impossibilita o poder de autodeterminação da pessoa. Nesse sentido, cite-se, por exemplo, o analfabetismo, que sem dúvida limita o poder de autodeterminação da pessoa, por apresentar-se como empecilho à compreensão exata da situação posta.

A simples aferição da autonomia dissociada do contexto no qual o paciente está inserido pode não revelar um indivíduo verdadeiramente autônomo. Disso resulta que a autonomia não deve ser vista de maneira estanque, sobressaindo a necessidade de analisá-la a partir da realidade e complexidade presentes no cotidiano do paciente.

A avaliação da autonomia exige atenção para as desigualdades nas condições de vida e de saúde do paciente, pois peculiaridades como essas favorecem o surgimento de pessoas vulneráveis e tal constatação se reflete no exercício da autonomia. Isto porque o exercício da autonomia através do consentimento livre não faz cessar a vulnerabilidade.

Logo, “a ideia de vulnerabilidade parte justamente do pressuposto de que a desigualdade nas condições e características das pessoas precisa ser vista e

recepcionada como um fator elementar do agir ético” (MEIRELES, 2018, p. 19). A propósito, certas pessoas são mais vulneráveis que outras, o que implica em proteção condizente as suas necessidades específicas (MORAIS; MONTEIRO, 2017).

Nesse contexto, a autonomia e vulnerabilidade devem ser tomadas como cúmplices, pois não é possível o exercício pleno da autonomia se não se levar em consideração a vulnerabilidade do agente. De acordo com Márcio dos Anjos (2006, p. 174), “a vulnerabilidade e a autonomia, embora possam ser formalmente separadas, para serem adequadamente aplicadas em bioética, devem ser tomadas como parceiras, isto é, como condição conjunta do sujeito ético em ação”.

Para o autor, o dominante sentimento de poder e de autonomia do momento sociocultural contemporâneo é proporcional à diminuição de espaço para se admitir a fragilidade e a vulnerabilidade. Prossegue explicando que a ocultação da vulnerabilidade apresenta-se também através de uma ficção de autonomia, ao afirmar a capacidade de livre escolha quando esta, na verdade, não existe ou é bastante limitada (ANJOS, 2006).

Daí a importância de analisar a vulnerabilidade presente nas relações humanas, como aferição adequada do exercício da autonomia. Com efeito, a autonomia somente pode ser construída com consistência se existir este olhar atento para com a vulnerabilidade.

A autonomia não deve ser compreendida de maneira limitada, como capacidade de agir livremente segundo seus valores e crenças; ao contrário, deve-se também considerar a vulnerabilidade do agente para, a partir disso, criar condições efetivas que tornem a pessoa capaz de agir de forma autônoma.

Maria do Céu Patrão Neves (2006) afirma que o princípio ético da autonomia é compreendido de forma ampla não apenas no sentido de reconhecer o direito da pessoa de fazer suas escolhas e decidir agir com base nos seus valores e crenças pessoais, mas também como promoção efetiva de condições que capacitem a pessoa para agir de forma autônoma. Para a autora, a autonomia não é compreendida somente em seu aspecto negativo, no sentido de respeitar, mas também em seu aspecto positivo, ao exigir do outro a criação de condições para o seu exercício.

Nesse mesmo diapasão, Márcio dos Anjos (2006) pontua que o respeito à autonomia não deve se restringir a atitude passiva de meramente não adentrar na autonomia de outrem, pois a cooperação mútua para o enfrentamento das insuficiências e a construção da autonomia também integram uma atitude de respeito.

É por isso que a vulnerabilidade é um aspecto que deve ser observado, pois ela proporciona a análise singularizada do indivíduo, ao levar em consideração suas características pessoais, seu histórico de vida e seus elementos sociais e econômicos.

A partir da detecção das dificuldades dos indivíduos, torna-se possível estabelecer condições para que as pessoas venham de fato exercer as suas respectivas autonomias.

Ademais, o reconhecimento da vulnerabilidade tem uma função metodológica no próprio estabelecimento da autonomia ao permitir que o indivíduo elabore suas decisões levando em consideração os limites e os condicionamentos de sua própria liberdade (ANJOS, 2006). Sem falar que esta dimensão do humano, que é a suscetibilidade de ser “ferido”, instaura o dever de não “ferir” (NEVES, 2006).

Com efeito, o reconhecimento da própria vulnerabilidade é algo extremamente positivo, pois a partir desse reconhecimento a pessoa compreende a vulnerabilidade do outro, bem como a importância de respeitar e não explorar essa condição. Em contrapartida, “a tentativa de ocultar as causas da vulnerabilidade leva a fazer da autonomia um discurso de responsabilização das vítimas por suas próprias feridas” (ANJOS, 2006, p. 182).

O que se tem visto na sociedade é um modelo que pretende reduzir, ou até mesmo eliminar, toda vulnerabilidade humana, isto é, o sofrimento, a anormalidade, as incapacidades, aspirando ações e iniciativas que aperfeiçoem os seres (ZUBEN, 2012). Contudo, trazer visibilidade à vulnerabilidade pode ser um fator de equilíbrio nas relações, por revelar um ponto em comum entre todos, o que implica união e respeito recíproco.

A vulnerabilidade não pode ser um pretexto para a retirada do poder de decisão do paciente sobre sua saúde. Muito pelo contrário, quanto mais acentuada for a vulnerabilidade, maior o dever do médico em preservar a autonomia do paciente, de modo que o seu consentimento ocorra da forma mais autônoma possível, vivência esta que condiz com a alteridade (SILVA, 2016).

Realmente, o reconhecimento da vulnerabilidade é uma prática de alteridade por demandar uma relação de responsabilidade, cuidado e acolhimento para com o outro. Em outras palavras, “trata-se de determinar as condições nas quais a realidade do outro, mantido na sua diferença, possa ser interpretada e respeitada, sem deixar de ser descaracterizada e reduzida em sua identidade, sobretudo quando o sujeito está sofrendo” (ZUBEN, 2012, p. 441).

Neste contexto, percebe-se que a vulnerabilidade tem estrita relação com a justiça, ao proporcionar que todos exerçam autonomia de acordo com suas peculiaridades.

3.4.1 Conceito de vulnerabilidade

A “vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, derivando de *vulnus (eris)*, que significa “ferida”. Assim sendo, a vulnerabilidade é irredutivelmente definida como susceptibilidade de se ser ferido” (NEVES, 2006, p.158). “No vocabulário filosófico é condição humana inerente à sua existência em sua finitude e fragilidade, de tal maneira que não se pode ser superada ou eliminada” (MORAIS; MONTEIRO, 2017, p. 312).

Com efeito, todo ser humano é suscetível a sofrer danos, isto é, vulnerável, pois está sujeito a adoecer, a sentir dor, a acidente, a incapacidade, discriminações, injustiças. No entanto, algumas pessoas estão mais expostas à vulnerabilidade que outras, o que justifica a implementação de medidas para sua proteção, visando minimizar tal exposição.

“Historicamente definia-se como vulnerável o deficiente mental, a criança, o idoso, o institucionalizado, aqueles com autonomia reduzida provisória ou definitivamente” (MELO; BRAZ, 2008, p.53). Mas, de acordo com as autoras, atualmente entende-se que a vulnerabilidade aplica-se a todos que por alguma razão têm dificuldades ou estão impossibilitados de decidir.

De acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde a vulnerabilidade é um estado do indivíduo ou do grupo que ocorre quando a capacidade de autodeterminação é diminuída ou encontra-se impedida de ser exercida, por algum motivo, ou por qualquer razão encontram-se impedidos de opor resistência, notadamente no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

Desta forma, a noção de vulnerabilidade “aplica-se a grupos específicos que por alguma circunstância física, psíquica ou social (incluindo também o aspecto econômico) poderão ser considerados vulneráveis, sendo importante a exigência ética de sua defesa” (ALMEIDA, 2010, p.537). Assim, sempre que a vulnerabilidade inerente for intensificada por diversas circunstâncias, impõe-se a proteção no sentido de minimizar os riscos a que as pessoas nesta situação estão expostas.

Com efeito, “o conceito de vulnerabilidade perpassa pela ideia de fragilidade e de maior exposição de alguém a ser acometido por doenças ou por situações de

agressões, sejam físicas ou psicológicas” (MACHADO; ALBUQUERQUE, 2019, p. 67). Por isso, ele traz a ideia de proteção, cuidado e respeito para com o outro, considerando sua maior fragilidade.

Para Fermin Schramm (2006), a vulnerabilidade é uma categoria *sui generis* que pode ser aplicada a qualquer ser vivo que, enquanto tal, pode ser “ferido”, mas não necessariamente o será, sendo mera potencialidade, diferentemente do conceito de vulnerado que se refere a situação de fato, que tem consequências importantes no momento da tomada de decisão. Por esta razão, afirma-se que o ser humano é sempre vulnerável, mas ele pode ou não estar em uma situação de vulnerabilidade (HOSSNE, 2009).

Florencia Luna (2008) propõe pensar a vulnerabilidade de forma flexível, dinâmica e criativa, através da metáfora de capas, que pode ser removida uma a uma, remetendo a noção de multiplicidade. Isso significa que o contato do indivíduo com situações que agravem sua fragilidade faz com que ele adquira uma nova camada de vulnerabilidade.

Para a autora a vulnerabilidade não deve ser entendida como uma condição permanente e categórica, como se fosse uma etiqueta ou um rótulo que é aplicado a alguém diante de determinadas circunstâncias e que persiste durante toda a sua vida. Ela entende que a vulnerabilidade está diretamente relacionada as circunstâncias, a situação analisada e o contexto (LUNA, 2008).

A autora ilustra a situação dando como exemplo a questão da mulher. Explica que ser mulher não implica necessariamente ser uma pessoa vulnerável, na medida em que as mulheres que vivem em países industrializados geralmente são respeitadas, podem estudar, trabalhar e escolher seu plano de vida. Por outro lado, as mulheres que vivem em países intolerantes aos direitos reprodutivos adquirem uma camada de vulnerabilidade (LUNA, 2008)

Ademais, ainda de acordo com a autora, a vulnerabilidade seria resultante da interação das circunstâncias e características próprias do indivíduo com o cenário externo no qual ele está inserido. Aponta que a vulnerabilidade que caracteriza uma pessoa pode ser alterada ou modificada, propondo uma compreensão relacional, evitando os argumentos da etiqueta e dos estereótipos (LUNA, 2008).

Assim, “a proposta aportada pela autora facilita a construção de uma ideia de vulnerabilidade voltada pela aferição do contexto. Ou seja, cada situação demanda um refinamento individualizado, a partir da percepção das condições envolvidas”

(MEIRELES, 2018, p. 21). Realmente, as vulnerabilidades não podem ser encaradas como algo imutável, uma vez que podem ser contornadas.

Daisy Melo e Marlene Braz (2008) afirmam que a vulnerabilidade pressupõe um dano que é produzido através do encontro de três elementos: um acontecimento adverso, que pode ser um risco interno ou externo; uma incapacidade de resposta em razão da falta de defesas ou de rede de apoio; e uma falta de adaptação a essa nova contingência.

No plano da assistência clínica, a suscetibilidade de ser ferido pode ocorrer em razão da debilidade física, mental, emocional decorrente da doença, ou mesmo devido à ausência de informação sobre o estado de saúde, como também pela falta de conhecimento técnico do paciente ou até mesmo por qualquer circunstância que desampare o paciente, colocando-o em desvantagem.

No que concerne à vulnerabilidade na área da saúde, William Hossne (2009) observa que o Código Internacional de Ética Médica de 1949, a Declaração de Genebra de Associação Médica Mundial, o Código de Ética Médica, bem como os outros Códigos de Ética das demais profissões da saúde, não fazem referência a vulnerabilidade.

Isso demonstra, segundo o autor, que a vulnerabilidade é uma temática que ganhou espaço recentemente a partir das questões relacionadas especialmente com a pesquisa em seres humanos, o que impulsionou sua penetração na área assistencial. Nesse sentido, Leonor Almeida (2010) destaca a crescente valorização da temática da vulnerabilidade a partir dos anos 90, que se evidencia nos vários documentos fundamentais de índole ético-jurídica e alcance internacional.

De todo modo, “a suscetibilidade a ser ferido instaura o dever de não ferir e fundamenta a ética como relação não violenta, com destaque para a necessidade de cuidar” (SOUZA; RIBEIRO JR; FACURY, 2020, p. 215). Com efeito, “a qualificação de pessoas e populações como vulneráveis impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa e proteção, para que não sejam “feridas”, maltratadas, abusadas” (NEVES, 2006, p. 159).

Talita Morais e Pedro Monteiro (2017) assinalam que a vulnerabilidade deve ser vista como princípio biopolítico medular do Estado do bem-estar moderno, por ser capaz de aproximar estranhos morais em uma sociedade plural. Já Maria do Céu Patrão Neves (2006), em estudo específico sobre o tema, apresentou funções diferentes acerca da vulnerabilidade utilizadas em bioética: substantiva, adjetiva e

principlista.

A vulnerabilidade substantiva seria aquela inerente a todos os seres vivos, o que amplia a reflexão ética ao abarcar o plano animal, vegetal e ambiental. Fundamenta-se na antropologia e é inspirada nas reflexões éticas dos filósofos europeus Emmanuel Lévinas e Hans Jonas (NEVES, 2006).

Descreve a vulnerabilidade como realidade constitutiva do homem, o que exige uma resposta não violenta para com o outro, bem como solicita a ação responsável e solidária. Na sua acepção restrita, obriga a proteger os mais frágeis, em uma ação positiva, e em seu sentido universal obriga a reconhecer que todas as pessoas são vulneráveis, o que exige uma ação negativa, no sentido de abster-se de qualquer prejuízo além da solicitude para salvaguardar a dignidade humana (SOUZA; RIBEIRO JR; FACURY, 2020).

Assim, todo ser humano é em essência vulnerável, sendo algo inerente à existência humana, o que implica em reconhecer que tanto o médico quanto o paciente são essencialmente vulneráveis. Pensar a vulnerabilidade como condição inerente à espécie humana é também contextualizá-la, levando em consideração que as relações que tratam da saúde, integridade e vida podem envolver riscos conhecidos e deflagrados pela medicina e ainda riscos não conhecidos (MEIRELES, 2018).

A vulnerabilidade numa função adjetiva seria “característica, particular e relativa, contingente e provisória, de utilização restrita ao plano da experimentação humana” (NEVES, 2006, p.163). Seria aquela específica de certos grupos e pessoas, que estão em uma relação de desvantagem, a exemplo dos pacientes.

A relação médico-paciente é estruturalmente assimétrica, sendo composta de um lado por aquele que detém conhecimento e poder e do outro por aquele que necessita de cuidados médicos. Nesse sentido, William Hossne (2009) afirma que esta relação é absolutamente dissimétrica, pois um tem o poder do conhecimento e está saudável, e o outro não tem nenhum poder, está com sua saúde comprometida e é dependente.

Isso evidencia a posição de fragilidade do paciente na relação, revelando que o mesmo está em maior vulnerabilidade que o médico. Por isso, segundo o autor, torna-se necessário balizar o uso do poder médico e proteger o doente em sua vulnerabilidade (HOSSNE, 2009).

De acordo com Maria do Céu Patrão Neves (2006), a articulação das funções

substantiva e adjetiva traz a ideia de vulnerabilidade como princípio, na medida em que abrange os dois sentidos da vulnerabilidade. Para a autora, a vulnerabilidade nesta função pode ser vista no artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos que trata sobre o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual.

“A Declaração reconhece que a vulnerabilidade pode advir de enfermidades, incapacidades ou outros condicionantes, individuais, sociais, ambientais e solicita atenção especial para aqueles que não têm suficientes” (MORAIS, 2010, p.333). Neste contexto, Leonor Almeida (2010) pontua que a vulnerabilidade como princípio deve ser observada, pois corresponde ao seu reconhecimento como característica da condição humana, considerando a finitude e fragilidade de todos os seres, cuja existência é marcada pela exposição permanente a ser ferido.

No entanto, “o aspecto fundamental da afirmação da vulnerabilidade como princípio ético é o de formular uma obrigação de ação moral” (NEVES, 2006, p. 169).

De fato, a vulnerabilidade como princípio obriga, na sua acepção mais comum de característica particular, à proteção adequada dessa fragilidade acrescida, numa ação positiva que varia de acordo com as necessidades específicas; na sua acepção mais ampla de condição universal, obriga ao reconhecimento de que todas as pessoas são, de algum modo, vulneráveis, podendo todas serem “feridas” por outrem, pelo que, todas exigindo respeito no seu modo de ser, numa ação negativa, no distanciamento ou abstenção de qualquer prejuízo, mas também positiva, na exigência de zelo, do cuidado, da solicitude para com a vulnerabilidade (NEVES, 2006, p. 169).

Esta obrigação de ação moral deve se fazer presente na relação médico-paciente, pois, embora ambos sejam substancialmente vulneráveis, são os pacientes que portam a vulnerabilidade adjetiva, em decorrência da assimetria inerente desta relação, o que implica em sua proteção e ações para minimizar essa condição. Contudo, “para que a proteção seja adequada, ela deve se basear numa ação positiva que leve ao empoderamento do sujeito e não à substituição de sua vontade pela expertise do médico” (AGUIAR, 2016, p. 78).

3.4.2 Tipos de vulnerabilidade a partir de diferentes classificações

A vulnerabilidade é uma síndrome, isto é, estado caracterizado por um conjunto de sintomas de sinais e que pode ser produzida por diferentes causas (HOSSNE, 2009). Realmente, são inúmeras as fontes de vulnerabilidade, o que explica os seus diversos tipos a partir de distintas classificações.

Wendy Rogers e Angela Ballantyne (2008) classificam vulnerabilidade de duas

formas: extrínseca, que seria ocasionada por situações externas, como, por exemplo, falta de poder econômico-social, pobreza, falta de escolaridade ou carência de recursos; e intrínseca, que por sua vez seria causada por características próprias do indivíduo, como, por exemplo, a doença mental, deficiência intelectual, doença grave, os extremos de idade nos casos das crianças e idosos. Elas explicam que ambos os tipos de vulnerabilidade, extrínseca e intrínseca, podem ocorrer isoladamente ou ao mesmo tempo, mas é comum a coexistência dos dois tipos.

Regina Waldow e Rosália Borges (2008) distinguem a vulnerabilidade ontológica, a ética, a social, a natural e cultural. A vulnerabilidade ontológica diz respeito ao ser, ao fato de o ser humano ser dependente, limitado e determinado por sua finitude. A vulnerabilidade ética refere-se à labilidade, que é capacidade do ser de sucumbir, de fracassar, devido a sua estrutura finita.

A vulnerabilidade natural tem relação com o meio ambiente que está sujeito a mudanças e transformações, considerando que o deterioramento da natureza atinge gravemente o indivíduo e afeta a sua forma de viver, de trabalhar e de amar. A vulnerabilidade social diz respeito a possibilidade que tem o ser humano de ser objeto de violência na sociedade, de perder sua segurança social. Já a vulnerabilidade cultural tem a sua manifestação máxima na ignorância acerca dos motivos e razões da enfermidade ou pelo desconhecimento dos tratamentos aos quais está o paciente sendo submetido (WALDOW; BORGES, 2008)

Inês Morais (2010) traz a vulnerabilidade circunstancial, esclarecendo que algumas pessoas são afetadas por circunstâncias desfavoráveis como, por exemplo, pobreza, dificuldades geográficas, doenças crônicas, infortúnios, o que as tornam mais expostas, fazendo-as padecer da perda de capacidade ou liberdade, razão pela qual as oportunidades de escolha terminam bastante reduzidas. Antonio Sanches e Ida Guebert (2012) propõem uma classificação das situações de vulnerabilidade em três tipos: existencial, social e moral.

A existencial seria proveniente da condição de fragilidade inerente à existência humana, própria de cada ser vivo. A social seria decorrente das estruturas políticas e econômicas, que geralmente são construídas por um processo histórico injusto que privilegia determinados grupos. Já a vulnerabilidade moral é decorrente das convicções humanas, na medida em que a pessoa é influenciada pela religião, costumes e arte (SANCHES; GUEBERT, 2012)

Volnei Garrafa (2012) pontua que a vulnerabilidade social tem relação com o

contexto de fragilidade, desproteção, abandono e exclusão social de certos grupos populacionais que não foram beneficiados pelo desenvolvimento. Também destaca que “a utilização dos TCI deve ser revista com relação a sua real eficácia, pois nos países periféricos pessoas socialmente vulneráveis assinam documentos sem conhecimento pleno das circunstâncias e consequências de seu ato” (GARRAFA, 2012, p. 14).

3.4.3 Descrição de vulnerabilidades a partir de múltiplas situações

Sabe-se que as doenças e as incapacidades representam fatores de vulnerabilidade, ao prejudicarem o desenvolvimento normal das pessoas, reduzindo assim seu leque de oportunidades, na medida em que a saúde preserva as habilidades das pessoas para serem cidadãos participativos da vida social, política e econômica (MORAIS; MONTEIRO, 2017).

Em verdade, existem inúmeras situações de fragilidade que propiciam a vulnerabilidade. Contudo, analisar-se-á o analfabetismo funcional (tema diretamente relacionado a vulnerabilidade social), o envelhecimento (vulnerabilidade inerente) e a vulnerabilidade do paciente no ambiente hospitalar como paradigma do conceito em questão.

Na contemporaneidade, a relação médico-paciente sofreu algumas transformações importantes como a mitigação do paternalismo médico e a ascensão do protagonismo do paciente nesta relação. Neste contexto, o dever de esclarecimento do médico para com o paciente e a obtenção do consentimento ganharam contornos relevantes. Para que o paciente possa dar o consentimento informado, que é uma manifestação do exercício da autonomia, faz-se necessário que o mesmo possua discernimento, isto é, que compreenda as informações transmitidas pelo médico.

Contudo, alguns pacientes podem apresentar dificuldades de entender as informações dadas pelo profissional de saúde, como é o caso dos analfabetos funcionais. Observa-se que o analfabetismo funcional, por si só, não representa um impedimento ao fornecimento do consentimento informado por parte do paciente, mas exige uma reconfiguração na maneira de apresentar as informações sobre o tratamento médico ao paciente por este ter uma vulnerabilidade específica (PACHECO; VIEIRA; SILLMANN, 2018).

A UNESCO conceitua o analfabetismo funcional como a situação de instrução

da pessoa que embora assine o próprio nome ou que seja capaz de fazer cálculos simples e ler palavras e frases isoladas, não é capaz de interpretar o sentido dos textos, nem usar a leitura para seu desenvolvimento pessoal (LORENZO, 2007). Desta forma, os analfabetos funcionais apresentam dificuldades com as habilidades de interpretação e compreensão das informações recebidas.

O analfabeto funcional se mostra incapaz de interpretar aquilo que lê ou ainda de aplicar a leitura ou a escrita em atividades cotidianas. Mais do que trazer dificuldades para a socialização do indivíduo, o analfabetismo funcional acentua uma vulnerabilidade do sujeito, eis que há uma dificuldade em compreender até as mais simples informações da vida cotidiana, em especial, as informações textuais, o que dificulta o exercício de seus próprios direitos e a consecução de seus deveres de cidadão (PACHECO; VIEIRA; SILLMANN, 2018).

Essa vulnerabilidade necessita de especial atenção na relação médico-paciente, visto que o consentimento informado é materializado através de termo escrito. Assim, pode acontecer do paciente, por ser analfabeto funcional, assinar o termo de consentimento sem que realmente compreenda as informações médicas transmitidas.

Neste caso, o médico deve colocar a informação técnica em termos claros e objetivos, de acordo com o nível de compreensão do paciente para atender a finalidade adequada do consentimento. Afinal, a informação não pode ser transmitida apenas no seu aspecto formal.

Assim, “diante de um paciente analfabeto funcional, os profissionais de saúde, incluindo o médico, possuem uma responsabilidade ainda maior. Isso porque cabe a eles assegurar que o paciente compreenda as informações relativas ao seu tratamento” (PACHECO; VIEIRA; SILLMANN, 2018).

Recomenda-se o reforço do diálogo, tendo o médico que traduzir os termos científicos em linguagem acessível ao paciente, transmitindo as informações de maneira simples e clara, podendo, inclusive, ilustrar a situação e solicitar que o paciente explique o que entendeu. Percebe-se que o analfabetismo funcional não representa um empecilho à concessão do consentimento informado, mas apresenta uma peculiaridade importante, que os profissionais da saúde devem observar para minorar vulnerabilidade deste paciente. Somente assim poder-se-á falar em exercício efetivo da autonomia deste tipo de paciente.

Outro fator que suscita a vulnerabilidade é o envelhecimento. Com efeito, estudos revelam que a população mundial encontra-se em processo de

envelhecimento, o que implica diversas mudanças, dentre as quais pode-se citar a maior exposição a risco de desenvolver doenças ou outras vulnerabilidades. Nesse sentido, evidências apontam que a possibilidade de desenvolver a doença de Alzheimer aumenta consideravelmente com o avanço da idade, sendo uma doença que acomete especialmente os idosos.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento pode ser definido como um processo contínuo, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de declínio de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de enfrentar o estresse do meio-ambiente, aumentando a possibilidade de morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O envelhecimento é um processo natural e contínuo, construído a cada dia, desde o nascimento. Portanto, todos estão envelhecendo, e com o passar do tempo, ficam mais visíveis as alterações decorrentes dos processos fisiológicos do envelhecimento, como, por exemplo, o aparecimento de cabelos brancos, a perda de flexibilidade da pele, o aparecimento de rugas e a perda de massa muscular.

Assim, “o envelhecimento não é uma doença e não pode ser evitado. A pessoa vulnerável pelo envelhecimento é qualquer uma de nós que tenha a sorte de viver o suficiente para envelhecer” (ALMEIDA, 2010, p. 543). O envelhecimento representa uma grande conquista, mas também um enorme desafio.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o idoso como aquele indivíduo com 60 anos de idade ou mais – limite este válido apenas para os países em desenvolvimento, pois nos países desenvolvidos a pessoa será considerada idosa a partir de 65 anos (INAGAKI; YAMAGUCHI; KASSADA, MATSUDA; MARCON, 2013). No entanto, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador exato para indicar as mudanças que acompanham o envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Como se pode verificar, o envelhecimento é um processo natural de desenvolvimento do ser humano, que diminui progressivamente a reserva funcional dos indivíduos, deixando o corpo mais vulnerável, mas que em condições normais, não provoca maiores problemas. Assim, “o avanço na idade como dado isolado não é sinônimo de adoecimento nem de chegada da morte. Doença e morte são condições próprias dos seres humanos, em qualquer idade” (BURLÁ; PESSINI; SIQUEIRA; NUNES, 2014, p. 89).

Entretanto, não se pode desconsiderar as dificuldades inerente ao processo de envelhecimento, de forma que representa um desafio conciliar as progressivas limitações que geralmente ocorrem nesta fase da vida, com um viver saudável e autônomo. Esse desafio aumenta na medida em que existem estudos científicos que revelam que o envelhecimento humano torna o organismo mais propenso a doenças (BURLÁ; PESSINI; SIQUEIRA; NUNES, 2014).

Verifica-se que muitos idosos “são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência, que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. p. 7). Em suma, o envelhecimento aumenta a possibilidade de desenvolver doenças crônicas, degenerativas, incapacitantes e demenciais, que muitas vezes vêm acompanhadas por grandes sofrimentos físicos, psíquicos e sociais.

Como, na maioria das vezes, a sociedade desvaloriza o idoso associando-o a preconceito, deve-se priorizar-se o trabalho de valorização da velhice. À família caberá o papel fundamental como fonte de segurança, para que as opiniões do idoso sejam ouvidas e executadas. Para além de ter que conviver com doenças crônicas é muitas vezes nesta fase que o preconceito, a discriminação, a baixa autoestima, o abandono e a solidão surgem, estando o idoso numa posição de vulnerabilidade adjetiva, até perder sua autonomia como expressão de independência para realizar e decidir por seus próprios meios (ALMEIDA, 2010, p. 543).

O envelhecimento traz consigo a diminuição da perspectiva de vida, na medida em que reduz a possibilidade de futuro. Percebe-se uma certa rejeição à velhice, pois ela, muitas vezes, está associada à ideia de morte, que por sua vez, é temida, e não discutida.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que o envelhecimento seja uma experiência positiva, adotando a expressão “envelhecimento ativo” para apresentar essa visão. O envelhecimento ativo incentiva as pessoas para que percebam o seu potencial ao longo do curso da vida e que participem da sociedade, assegurando a proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Nesse contexto, exige-se mudança de perspectiva da concepção da velhice, no sentido de desenvolver ações que propiciem a autonomia, independência e maior qualidade de vida aos idosos. Claro que, se o idoso não tiver discernimento necessário para expressar sua vontade, a família deve auxiliar no sentido de analisar a real vontade do paciente, preservando suas preferências e gostos.

Ademais, “deve-se promover a inclusão de conteúdos específicos sobre o envelhecimento humano na formação acadêmica do profissional de saúde, colaborando positivamente no desenvolvimento de uma nova cultura sobre a velhice” (ALMEIDA, 2010, p. 543). Afinal, os assuntos pertinentes ao envelhecimento devem estar na pauta da família, da sociedade, do poder público e dos profissionais de saúde.

Cabe destacar também a vulnerabilidade do paciente no ambiente hospitalar. A pessoa que busca atendimento no hospital, geralmente, já se encontra fragilizada por conta da doença a que é acometida, mas acresce a este fato a questão que envolve a procura pelos serviços de saúde.

Pacientes em situação de internação hospitalar que enfrentam necessidade de se submeter a procedimentos cirúrgicos podem ser considerados vulneráveis nessa situação em particular. Isso acontece em decorrência de múltiplos fatores, como a própria doença, a falta de informação a respeito de seu estado de saúde e das opções de tratamento e a falta de gestão sobre seu próprio corpo e mente. Além disso, a possibilidade de ser considerado incapaz de tomar decisões que dizem respeito a sua própria vida e a receber tratamento que vai de encontro aos seus projetos de vida exacerbam a situação de vulnerabilidade (SILVA, 2017, p. 31).

Nesse sentido, Frederico Resende (2018) explica que além do fator biológico, relativo a doença, existem questionamentos que trazem angústia e preocupações a situação apresentada como, por exemplo, saber se haverá internação, o tempo da internação, se tem cura, se a medicação é cara, indagação a respeito do trabalho e estudos já anteriormente assumidos. Tudo isso intensifica a vulnerabilidade do paciente.

Maristela Silva (2017) afirma que a pessoa hospitalizada para a cirurgia encontra-se vulnerável porque está fora de seu ambiente social e cultural, bem como porque pode ser submetida aos cuidados de profissionais que desconhecem a sua história de vida, aspectos estes que promovem medo, ansiedade e conflitos na tomada de decisão. Neste cenário, o papel do médico é essencial, que deve ter a sensibilidade de levar em conta a peculiaridade deste paciente, considerando sua condição intelectual, social e emocional.

Como visto, existem diversos tipos de vulnerabilidades que podem restringir em maior ou menor grau o exercício da autonomia. Daí a importância de identificar a vulnerabilidade em questão, para, a partir disso, criar estratégias para superá-las, permitindo ao indivíduo participar efetivamente do processo de tomada de decisão.

4 ASPECTOS JURÍDICOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO

O consentimento informado tem sido um dos temas mais discutidos na contemporaneidade e parte importante do atual debate se deve ao reconhecimento da autonomia da pessoa e da importância conferida à colaboração mútua, que deve existir na relação médico-paciente. Esta, por sua vez, compreende a informação do médico e a participação efetiva do paciente na tomada de decisão, entre outros aspectos.

O consentimento informado apresenta-se como um novo ideal de autonomia e racionalidade, sendo fruto de profundas transformações ocorridas na Medicina e na Sociedade Ocidental, já que demarca a superação do paternalismo e representa a manifestação de uma sociedade pluralista, autônoma e democrática (GONZÁLEZ, 1996).

Com efeito, o consentimento e a informação são obrigações legais, como meio de respeito à autonomia e à autodeterminação dos pacientes, que mantêm plena vigência dos seus direitos fundamentais e civis, em que pese a situação de debilidade que possam apresentar, por conta da enfermidade (CASABONA, 2005). O consentimento informado revela-se como um instrumento que fortalece a autonomia do indivíduo.

Enquanto elemento característico do atual exercício da medicina, o consentimento informado não é apenas uma doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes, o que ocasiona uma obrigação moral para os médicos (CLOTET, 1995). Sendo o tema de importância essencial para desenvolvimento da presente pesquisa, proceder-se-á no presente estudo a análise de alguns aspectos relevantes do consentimento informado.

4.1 CONCEITO, NATUREZA E EFEITOS DO CONSENTIMENTO

É inquestionável, nos dias atuais, o entendimento de que o paciente tem o direito de decidir sobre o seu próprio tratamento de saúde. A ele cabe a outorga de seu consentimento, após recebidas as informações devidas, ou até mesmo a sua não concessão, se por ventura entender que a respectiva recusa melhor satisfaz o seu interesse pessoal.

É por esta razão que o Código de Ética Médica faz alusão ao consentimento informado. O referido diploma legal dispõe em seu artigo 22 que “é vedado ao médico

deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

A sobredita norma preceitua a necessidade de um consentimento expresso como regra de procedimento, entretanto, caso haja algum risco de morte para o paciente, seria possível desconsiderar a necessária obtenção de consentimento prévio. O artigo 34 obriga o médico a informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, devendo não cumprir tal dever quando a comunicação direta puder provocar dano ao paciente. Em tais casos, é preciso fazer a comunicação a seu representante legal.

Ainda nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina editou a Recomendação Nº 1/2016, orientando o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Já em nível internacional, tem-se a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO, publicada em 2005, que reconhece em seu art. 6º que “qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada.”

Logo, verifica-se que a norma visa a garantir a autonomia do paciente. Nesse passo, o consentimento informado tem por objetivo preservar a autonomia do indivíduo, ao transmiti-lo as informações necessárias ao procedimento, possibilitando-o assim o conhecimento prévio acerca dos benefícios, riscos e consequências da intervenção médica.

Nos dias atuais, praticamente todos os códigos importantes da medicina e da pesquisa e também as regras de ética institucionais dispõem que os médicos e os pesquisadores devem obter o consentimento informado dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa antes de qualquer intervenção relevante (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O consentimento informado também contribui para a construção de uma relação mais próxima entre médicos e pacientes, ao propiciar maior integração entre eles através da comunicação, favorecendo a obtenção de um melhor resultado. Nesse diapasão, o paciente tem o direito de decidir, de maneira livre e autônoma, depois de ser devidamente informado e esclarecido, sobre sua adesão ao tratamento médico recomendado.

Por sua vez, o médico tem o dever de esclarecer o paciente sobre seu estado

de saúde e garantir sua decisão livre acerca do tratamento que lhe é proposto. É importante destacar que não existe um consenso entre os autores em língua portuguesa sobre a tradução e utilização da expressão em inglês *informed consent*, o que ocasiona o emprego de diversas denominações, tais como consentimento pós informação, consentimento consciente, consentimento esclarecido e consentimento informado (CLOTET, 1995).

Este estudo adotará a expressão consentimento informado. De um modo geral, o consentimento consiste na manifestação de vontade livre de uma das partes da relação em permitir, aprovar, concordar que determinado ato seja praticado. Em âmbito médico, ele expressa a autonomia da pessoa, sendo indispensável, pois concretiza o respeito à liberdade e à autodeterminação do paciente.

[...] pois no contexto democrático pressupõe o respeito de cada um governar livremente seu próprio corpo, o que inclui tanto a perspectiva da disposição quanto a da privacidade. Nesse sentido, só se pode permitir intervenção sobre o corpo que emane da própria vontade de seu titular, nem terceiro, nem o Estado poderão intervir no corpo sem o consentimento do indivíduo sob pena de ser este um ato ilegítimo no ordenamento jurídico (TEIXEIRA, 2010, p. 65-66).

Em verdade, qualquer intervenção médica implica flagrante invasão na esfera particular e íntima do paciente, desde o mais simples procedimento até o mais complexo, o que justifica a relevância do consentimento informado, em respeito aos direitos da personalidade, que estão diretamente ligados à dignidade humana (MEIRELES; FERREIRA, 2020).

O reconhecimento da autonomia do paciente, aliado à importância da informação, do diálogo e da colaboração na relação entre médico e paciente, bem como a busca pelo melhoramento dessa relação, contribuem para o interesse crescente do uso adequado do consentimento informado na prática médica. Inclusive, o atual cenário reflete as novas exigências de ordem ética e uma mudança de paradigma no que concerne ao relacionamento entre médico e paciente.

A autonomia implica obrigatoriedade de o profissional de saúde estabelecer comunicação prévia com o paciente, informando devidamente sobre todas as consequências da doença, os tratamentos possíveis e os riscos inerentes, para então obter o consentimento, em conformidade com o seu projeto de vida, convicções e dignidade (MATOS, 2007). Por outro lado, a ausência do consentimento fragiliza a ação dos médicos, porque retira a seriedade do agir profissional, tornando evidente a lesão ao direito à autodeterminação e à informação do paciente (MAIA, 2011).

A Recomendação Nº 1/2016 do CFM conceitua o consentimento informado como um ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante legal, depois da necessária informação e explicações, dadas pelo médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são recomendados.

Com efeito, o consentimento informado apresenta-se como uma decisão voluntária, tomada por uma pessoa autônoma e capaz, depois de um processo informativo e deliberativo, que tem por finalidade aceitar determinado tratamento ou experimentação, tendo conhecimento da sua natureza, consequências e riscos (CLOTET, 1995).

A doutrina estabelece alguns critérios que devem ser observados a fim de que o consentimento seja válido, como, por exemplo, a exigência de haver liberdade e capacidade do paciente para decidir, a existência de informações adequadas e a sua correta compreensão. Para que o consentimento seja efetivamente válido, a pessoa deve expressar concordância ou anuência através de um ato voluntário e informado.

As pessoas envolvidas na assistência não devem exercer quaisquer influências na tomada de decisão do paciente, nem mesmo impor condições, de modo que a escolha seja verdadeiramente livre de coerção e de controle. “A voluntariedade é a possibilidade que a pessoa tem de tomar decisões sem ser constrangida ou até mesmo coagida para que decida por uma das alternativas” (GOLDIM, 2002, p.110).

Assim, não deve conter vícios na formação ou manifestação de vontade do assistido. Isto significa que, em condições normais, somente após o devido esclarecimento, o paciente pode manifestar a sua decisão, decidindo por si, de maneira autônoma e livre de influência ou de qualquer tipo intervenção, como erro, simulação, coação, fraude, mentira, astúcia ou outra forma de limitação (CFM, 2016).

Além das conhecidas influências externas, mais facilmente percebidas pelos olhos humanos (como pressão de familiares, amigos e profissionais de saúde), também deve o consentimento dos pacientes ser desprovido de restrições internas advindas de seus próprios distúrbios psicológicos.

A ausência de voluntariedade retira a licitude do consentimento. Portanto, a manifestação de vontade deve ser livre, não podendo ter qualquer tipo de vício, seja social ou de consentimento, na medida em que os únicos condicionantes admitidos são os da própria consciência do paciente (SÁ; NAVES, 2018).

O consentimento no âmbito médico constitui a manifestação de um direito

fundamental, que deve ser respeitado e protegido, considerando que o ato médico pode atingir a integridade física e moral e a livre autodeterminação do paciente, além de outros direitos, como, por exemplo, a liberdade ambulatorial, a liberdade ideológica ou de consciência e o direito de igualdade (CASABONA, 2005). Por esta razão, deve ser garantido ao paciente o direito de participar efetivamente das decisões acerca das atividades que podem atingir a sua existência.

O consentimento informado tem base constitucional, estando vinculado aos direitos à vida, à dignidade, à liberdade (autodeterminação), à igualdade e à saúde, e base infraconstitucional, com fundamento no Código Civil de 2002 que consagrou os direitos da personalidade, do artigo 11 ao 21, conferindo ampla tutela protetora à pessoa humana (MEIRELES; FERREIRA, 2020). Assim, o consentimento informado é direito do paciente e dever do médico (CFM, 2016).

É dever porque o médico tem o compromisso com o bem-estar do paciente e possui o conhecimento técnico necessário para realizar os devidos esclarecimentos. Com efeito, o ponto de vista médico e as opiniões e recomendações dos profissionais de saúde são, via de regra, essenciais para uma decisão equilibrada e acertada do assistido.

Na contemporaneidade, o consentimento pode ser entendido como um direito subjetivo, que está inserido com outros direitos fundamentais, sendo condição de legitimidade do ato médico nas inúmeras repercussões jurídicas que tal ato possa apresentar, seja no campo civil ou penal (CASABONA, 2005). O objeto do consentimento informado é a intervenção médica, que, para ocorrer, necessita que o profissional de saúde esclareça os possíveis benefícios e riscos de danos da referida intervenção.

Nos últimos tempos, tem-se refletido bastante acerca da necessidade e importância do consentimento informado na prática médica. No entanto, a discussão, muitas vezes, tem se limitado aos seus aspectos legais, reduzindo a complexidade da questão ao enfoque somente formal de aceitação de regras (GOLDIM, 2002).

A falta de percepção verdadeira acerca do significado que a informação desempenha na relação entre médico e paciente conduz a uma visão apenas formal do consentimento informado, o que representa um desvio de seu real objetivo e, o que é mais assustador, uma manifestação da chamada medicina defensiva (CASABONA, 2005). Prática essa equivocada, que tem como principal objetivo defender o médico de eventuais processos, principalmente os judiciais.

O consentimento informado não pode ser encarado como um processo meramente burocrático que o médico deve cumprir, na medida em que consubstancia o respeito à autonomia do paciente, que mantém todos os seus direitos, em que pese a situação de enfermidade que possa apresentar. Afinal, a liberdade é um direito fundamental do ser humano, que deve ser considerada, inclusive em âmbito médico. André Gonçalo Dias Pereira (2017) destaca a necessidade do consentimento ser mais informado e livre, pois isso evita o formalismo burocrático.

Ademais, para além de apresentar uma fundamentação legal consolidada, o consentimento informado expressa também uma atitude ética adequada, por envolver em primeiro lugar uma relação humana com diálogo, que extingue ações arbitrárias ou prepotentes do médico (CLOTET, 1995). O processo de consentimento informado deve envolver cuidado, respeito, compreensão e diálogo.

Ele deve ser entendido como um processo, em que compete ao profissional de saúde informar e esclarecer sobre a condição de saúde de seu paciente, fornecendo-lhe subsídios para que forme sua decisão e exerça sua autonomia, permitindo assim a sua participação ativa no tratamento. O consentimento informado não pode ser entendido como uma ação isolada que tem por finalidade obter a assinatura do paciente em um documento, autorizando o tratamento médico.

Na relação médico-paciente, o consentimento informado “é um processo de comunicação (informações sobre diagnóstico, prognóstico, alternativas de tratamento, bem como riscos e benefícios) entre o médico e o paciente, que resulta numa decisão inteligente sobre a intervenção” (KFOURI NETO, 2019, p.270). Por ser um processo, que se desenvolve ao longo do tempo, não se pode afirmar que a assinatura em um documento de consentimento representaria a essência do consentimento (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Logo, o consentimento informado não se restringe a um documento confeccionado previamente pelo hospital com informações gerais e solicitações de autorizações para tratamentos. Até porque “o alcance da informação não é promovido pela formação de um documento escrito, já que é necessário atentar para um outro elemento que integra um consentimento verdadeiramente informado: a compreensão” (MEIRELES, 2018, p.17).

Ademais, os profissionais da área de saúde devem estar disponíveis para esclarecer as dúvidas que surgirem durante este processo. Assim, “a assinatura do termo de consentimento é a última etapa do processo, quando a pessoa documenta

a sua autorização para a realização dos procedimentos propostos” (GOLDIM, 2002, p. 110).

Nesse contexto, é importante não confundir o processo de consentimento informado com o termo de consentimento. Aquele resulta da boa assistência médica, em que o profissional de saúde estabelece comunicação assertiva e eficaz com o assistido, enquanto que este é um documento legal assinado pelo paciente e médico na prática da medicina e em pesquisas científicas, não sendo necessário para todos os casos (PAZINATTO, 2019).

Ressalte-se que o termo de consentimento informado tem pouca validade quando não observa a manifestação autônoma do paciente. Como se pode verificar, o consentimento informado é “resultado de um processo de diálogo e colaboração, visando satisfazer a vontade e os valores do paciente” (SÁ; NAVES, 2018, p.110). Assim, o exercício do consentimento por parte do paciente revela a sua efetiva autonomia como ser livre e digno de respeito.

A propósito, “ele ganhou força ao garantir que, tendo o enfermo condições mínimas, ninguém pode decidir por ele – e, caso não consiga, esse direito é passado a familiar ou representante legal, mas não aos médicos” (CASTRO; QUINTANA; OLESIAK; MÜNCHEN, 2020, p. 526). Logo, quem deve emitir o consentimento é o paciente.

A feição pessoal dessa relação aponta para o fato evidente de que quem tem o direito de consentir a intervenção médica, desde que detenha a capacidade, é o paciente ou usuário dos serviços de saúde (MEIRELES, 2018). Entretanto, é fundamental que o paciente seja capaz de compreender a situação em que se encontra para que possa reunir condições de deliberar de maneira consciente.

Claro que se o paciente não estiver em condição de emitir o consentimento, outras pessoas poderão outorgá-lo em seu lugar. Por exemplo, caso não seja possível obter o consentimento de crianças, adultos com problemas mentais e pessoas não familiarizadas com o vocabulário médico ou com dificuldades de compreensão, o consentimento deve ser dado por um familiar da linha direta ou por um responsável legal (CLOTET, 1995).

Lembrando que o critério para determinar a capacidade para consentir, ou até mesmo para recusar, consiste na avaliação da habilidade da pessoa para, ao receber as informações, processá-las de modo a compreender as questões apresentadas e analisar racionalmente as possibilidades postas (CFM, 2016). Isto porque, para que o

paciente possa tomar uma decisão, deve ter capacidade de entender a informação, fazer um julgamento sobre a informação de acordo com seus valores, vislumbrar um resultado determinado e comunicar a sua decisão.

Quanto ao momento do consentimento, entende-se que deve ser anterior ou concomitante à intervenção. Neste contexto, verifica-se que o consentimento informado possibilita que as relações entre médicos e pacientes se tornem humanizadas, éticas e corretas.

O consentimento não esgota seu interesse em uma exigência jurídica para a validade do ato médico, mas, ao mesmo tempo, deve ser entendido como um pressuposto para o alcance de outros objetivos não menos importantes, como são os serviços médico-sanitários, assegurar a manutenção da relação de confiança entre o profissional sanitário e o paciente e, finalmente, contribuir para elevar o nível da qualidade assistencial (CASABONA, 2005, p.131/132).

Mas, o olhar para a história revela que “são raros os registros da existência, na prática médica, de uma relação médico-paciente baseada em informação, esclarecimentos, participação e manifestação do paciente quanto à realização, ou não, de procedimentos indicados” (CFM, 2016, p. 4). A ideia de consentimento se fazia presente no século XIX, mas seu uso somente ocorreu no século XX, sendo poucas as informações disponíveis sobre sua prática antes dos anos 60 (CLOTET, 1995).

É que, durante muito tempo, o paciente era conduzido a tratamentos de saúde sem qualquer esclarecimento e possibilidade de escolha, muito por conta do princípio da beneficência. Assim, era incomum o compartilhamento de decisões médicas junto ao paciente, pois acreditava-se que o médico poderia tomar decisão de forma unilateral, por portar conhecimento técnico, segundo a lógica paternalista.

No entanto, o princípio da autonomia trouxe uma mudança significativa para relação médico-paciente. Com este novo paradigma, a beneficência e o paternalismo são limitados pelo reconhecimento da autonomia do paciente em decidir de acordo com os seus próprios valores.

Segundo Joaquim Clotet (1995), os fundamentos da teoria do consentimento informado estão inseridos de maneira implícita na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), no Código de Nuremberg (1947) e na Declaração de Helsinque (1964). Com efeito, desde os julgamentos de Nuremberg, que apresentaram relatos terríveis de experiências médicas em campos de concentração, a questão do consentimento tem ganhado grande destaque nas discussões da ética biomédica.

Carlos Casabona (2005) destaca que, sob o ponto de vista jurídico

internacional, o primeiro e mais importante reflexo sobre a necessidade do consentimento no âmbito médico é o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966, quando declara, em seu artigo 7^o, que ninguém será submetido sem seu livre consentimento a experimentos médicos ou científicos. Por sua vez, Ana Meireles e Jemyra Ferreira (2020) consideram que o surgimento da Bioética propiciou mais estudos e sedimentação do consentimento informado.

A consolidação do princípalismo, ao destacar a importância da autonomia no âmbito da relação médico-paciente, representou um ponto de partida para o reconhecimento de que a intervenção profissional necessitava estar legitimada pela decisão do paciente, manifestada pela emissão do consentimento (MEIRELES, 2018). Neste contexto, observa-se que o consentimento informado tem origem em diversos fatores que cooperaram simultaneamente para a concepção atual do instituto.

Isto porque, enquanto aspecto integrante do novo modelo de relação entre o médico e paciente, ele decorre da evolução e desenvolvimento do catálogo de direitos humanos, bem como dos documentos legais que estabelecem referenciais éticos que devem ser observados em relação aos seres humanos, da dignidade da pessoa humana e dos princípios bioéticos, especialmente o da autonomia.

Assim, “os modelos de consentimento informado evoluíram com a regulamentação da pesquisa, com os precedentes legais governando a prática médica, com as mudanças no relacionamento médico-paciente e com a análise ética” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.162).

O consentimento informado desempenha três funções: o de respeitar os princípios da autonomia, da liberdade de escolha, da dignidade e da igualdade; o de concretizar a estreita relação de colaboração e de participação entre médico e paciente; e o de estabelecer os limites da atuação médica (CFM, 2016). Mas a principal função e justificativa do consentimento informado é possibilitar e proteger a escolha autônoma do paciente, embora ele também desempenhe a função de proteger o paciente e os sujeitos de pesquisa contra danos e incentive para que os médicos atuem de maneira responsável nas interações com os pacientes e sujeitos de pesquisas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Ademais, ele também delimita o campo de atuação do médico. O consentimento abrange o tratamento e a intervenção previstos, bem como todas ações necessárias relacionadas as mesmas e também a extensão da intervenção que pode ser apresentada durante seu curso, prevista pelo médico, cuja possibilidade

tenha sido previamente informada ao paciente (CASABONA, 2005).

No entanto, a outorga do consentimento não ampara a atuação incorreta ou negligente do profissional de saúde, na medida em que a imputação da referida atuação continua recaindo sobre o profissional. Assim, a obtenção do consentimento, por si só, não elide a responsabilidade aquiliana do médico, se agir com imprudência, imperícia ou negligência (OLIVEIRA JR; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Em geral, o consentimento pode ser retificado ou revogado a qualquer tempo, sem nenhuma formalidade especial, “exceto se a retirada do consentimento, quando já iniciado o procedimento médico, implicar possibilidade de dano, risco ou qualquer tipo de prejuízo ao paciente” (CFM, 2016, p.7).

Desta forma, é correto entender o consentimento não como uma decisão estática e imodificável, mas como um processo contínuo de escolhas que ratificam ou mesmo retificam aquilo que foi deliberado anteriormente pelo paciente, tendo como base o seu juízo acerca do que é adequado para si. Logo, é possível que o consentimento informado seja retirado a qualquer momento, sem maiores implicações.

O consentimento informado pode ser mitigado em casos excepcionais, previstos na legislação, como nas situações de urgência, ante a falta de tempo, bem como nos casos em que a não intervenção possa representar um risco para a saúde pública. No entanto, quando situação de emergência for superada, o médico deverá informar e justificar ao paciente, sua família ou terceiros que sejam responsáveis por ele, todas as ações e procedimentos que a equipe realizou durante a vigência desta situação excepcional de assistência (GOLDIM, 2002).

Também há situações de risco grave para a saúde pública, como diagnóstico de doença transmissível, que negligenciam ou negam tratamento médico, o que justifica tratamento compulsório, depois de frustradas todas as tentativas de concordância do paciente (PAZINATTO, 2019). Quanto à forma do consentimento, não existe uma regra definida previamente que exija que o consentimento seja prestado sempre por escrito, visto que pode ser adotado também a modalidade verbal, de acordo com as circunstâncias e os atos médicos a serem praticados (CASABONA, 2005).

4.2 A INFORMAÇÃO COMO PRESSUPOSTO DO CONSENTIMENTO

O direito à informação é assegurado pela Constituição Federal (art. 5^o, XIV) e

faz parte do catálogo dos direitos e garantias fundamentais. Dada a sua importância, os direitos fundamentais foram integrados ao texto da Constituição, sendo retirados do âmbito de disponibilidade dos poderes constituídos.

Tais direitos têm status jurídico diferenciado, que inclusive pode ser notado através de sua inserção no rol das “cláusulas pétreas” do art. 60, §4^o, da CF, o que impede a sua supressão e destruição pela ação do poder Constituinte derivado (SARLET, 2012). Além de vincular os Poderes Públicos, os direitos fundamentais devem ser observados também nas relações privadas por conta da sua eficácia horizontal.

Ingo Sarlet (2012) destaca que o reconhecimento da eficácia dos direitos fundamentais na esfera das relações privadas decorre da constatação de que a liberdade individual não apenas necessita de proteção contra os Poderes Públicos, mas também contra os mais fortes no âmbito da sociedade, isto é, aqueles que possuem maior poder social e econômico, já que é nesta esfera que as liberdades encontram-se verdadeiramente ameaçadas.

Assim, o direito à informação, por ser um direito fundamental, deve ser considerado também nas relações privadas, o que implica necessariamente a sua observância em âmbito médico. Com efeito, a informação é importante para o pleno exercício dos direitos sociais e individuais e para o bem-estar de uma sociedade fraterna (FARIAS, 2001).

Na relação médico-paciente, o direito à informação permite que o paciente participe do processo de escolha em relação ao tratamento proposto. A informação concretiza o direito à autodeterminação do paciente ao lhe munir de elementos imprescindíveis para sua tomada de decisão.

Sabe-se que a medicina ocidental tem por base uma tradição hipocrática, que sempre foi considerada de orientação paternalista, em que o médico era tido como detentor das informações e responsável por todo o processo de tomada de decisão (GOLDIM, 2006). Mas, com a reconfiguração da relação médico-paciente, hoje se prima pela autonomia do paciente com compartilhamento das informações, transparência, entendimento, colaboração mútua e diálogo.

O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) também prevê, em seu art. 6º, inciso III, como direito básico do consumidor, a informação adequada e clara. Destarte, “caso o médico não seja enquadrado como fornecedor de serviços para aplicação do CDC, ainda assim há a garantia fundamental do direito à informação ao

paciente pela via constitucional” (MEIRELES; FERREIRA, 2020, p. 229).

Com efeito, devido à vulnerabilidade do paciente e da posição de superioridade do médico por portar o conhecimento, tem o profissional de saúde a obrigação de buscar a simetria da relação por meio da concessão de informação adequada ao paciente. Ionadja Silva e Ana Meireles (2020) pontuam que a dinâmica da informação é essencial, por contribuir para estreitar a relação e suavizar a vulnerabilidade, o que favorece o fortalecimento do laço de confiança.

A informação deve ser relevante, suficiente e elucidativa, pois somente assim será capaz de diminuir a vulnerabilidade do paciente. Ana Meireles e Jemyra Ferreira (2020) destacam que a vulnerabilidade é presumida no âmbito do direito do consumidor, razão pela qual o dever de informar integra o contrato como uma obrigação principal e não como um dever anexo ou lateral.

Na sociedade moderna a informação representa poder, podendo-se encarar o poder informativo como poder econômico ou mesmo poder de escolha através das informações obtidas. Em sede de relação médica, o médico é o detentor de um poder técnico baseado na informação técnica e o paciente possui o poder de escolher, com base em sua autonomia e liberdade, os passos que lhe aprovar. O poder de escolha, por sua vez, somente poderá ser tomado com real liberdade se o paciente receber a informação clara e adequada sobre os dados e possibilidades de tratamento. Ou seja, a informação é definidora da real liberdade de escolha do paciente. Inegável, portanto, a importância do direito-informação na relação sob comento (MAIA, 2011, p. 88).

Portanto, a regra agora é informar o paciente, com cuidado e detalhamento, sobre todas as questões que podem envolvê-lo, sendo exceção a ponderação realizada pelo médico no que concerne a não transmissão da informação diretamente ao paciente, em razão de motivo que se justifique, relacionado às questões em que a informação direta puder vir a agravar seu estado de saúde, embora permaneça com o profissional a obrigação de informar destinada aos familiares do paciente (MEIRELES, 2018).

Neste contexto, a análise do consentimento informado implica necessariamente abordar a questão da informação na relação médico-paciente. Afinal, não existe consentimento sem informação, bastando lembrar que a informação fornecida pelo médico é essencial para que o exercício da autonomia do paciente ocorra.

A tutela da autonomia do paciente requer a colaboração do profissional da medicina, no sentido de fornecer a informação devida e suficiente para a tomada de

decisão consciente. Deste modo, as informações e os esclarecimentos são importantes para o paciente, na medida em que contribuem para a formação de sua decisão, tornando-o ciente do que está acontecendo.

Em verdade, os dados transmitidos são determinantes para que o paciente decida a respeito das questões concernentes a sua vida e saúde, demonstrando que as informações constituem verdadeiro fator de propulsão do exercício da liberdade (BERGSTEIN, 2012). Com efeito, “o fornecimento de informações pertinentes e acessíveis ao seu entendimento o capacita e o possibilita participar efetivamente de sua assistência, respeitando sua capacidade de agência, elaboração e deliberação” (SILVA, 2017, p. 37).

Sem dúvidas, as informações empoderam o paciente ao lhe possibilitar a tomada de decisão de maneira segura, confiante e autônoma, o que pode facilitar o progresso do tratamento, além de conferir mais credibilidade ao ato médico (PAZINATTO, 2019). Em sentido oposto, o fornecimento de informações equivocadas ou a sua ausência desfiguram a relação médico-paciente, que deve ser fundada no dever de informar.

Está claro que, com as informações adequadas, o paciente possui condições de exercer sua autonomia. Por outro lado, a desinformação limita a sua capacidade de deliberar sobre o seu próprio tratamento, aumentando a incerteza e o medo.

Nesse sentido, Ana Meireles (2018) afirma que a não informação ou a informação inadequada pode trazer prejuízos significativos à relação, porquanto potencializa vulnerabilidades existentes ou propicia o surgimento de novas situações de vulnerabilidade.

O médico necessita estabelecer um relacionamento aberto ao diálogo com o seu paciente, para que a informação seja transmitida de maneira devida. Em verdade, o dever de informação configura uma obrigação mútua, atribuída tanto ao médico quanto ao paciente, que necessitam, com sinceridade e consciência, prestar os esclarecimentos devidos para alcançar um resultado satisfatório (MEIRELES, 2018).

No processo de obtenção do consentimento, a informação é um elemento primordial, haja vista que propicia o necessário assentimento que, por sua vez, possibilita a obtenção do consentimento informado. Em posse de informações relevantes, tem o paciente o direito de confrontar os tratamentos oferecidos com seus valores, refletindo sobre os benefícios e riscos inerentes a cada um, para então consentir ou não com o tratamento (MATOS, 2007).

Desta forma, a informação é uma peça fundamental para formação adequada da relação médico-paciente ao permitir que o paciente pondere os benefícios ou prejuízos relacionados a sua condição de saúde, bem como esclarece ao médico a situação do paciente, na medida em que cabe a este revelar sua situação de saúde ao profissional (MEIRELES, 2018). Portanto, não é possível o exercício adequado da autonomia, exteriorizada através da emissão do consentimento informado, sem que se tenha acesso à informação.

Ademais, se a informação não for transmitida de maneira adequada, muitos pacientes terão uma referência precária para tomar suas decisões. Daí a importância da informação, pois a decisão do paciente se baseia na informação prestada.

Informação e consentimento têm relação lógica entre si, na medida em que aquela pode ser considerada condição necessária para o consentir. No entanto, “a informação deve ser construída dialogicamente e não unilateralmente. Assim, não basta que o profissional relate dados, mas que se comunique com o paciente de forma acessível” (SÁ; NAVES, 2018, p. 108).

Logo, a informação não pode vista como algo estático, no sentido de apenas ser disponibilizada, visto que ela é oriunda de um processo contínuo de comunicação, que deve existir entre as partes, o que requer interação, especialmente com esclarecimento por parte do médico, que deve certificar-se de que o paciente compreendeu o que lhe foi informado. Neste passo, o significado de informação vai muito além de uma mera transmissão de conteúdo, pois ela exige esclarecimentos por parte do médico e entendimento e decisão por parte do paciente.

Por outro lado, se a informação for reduzida a uma simples transmissão de dados, o consentimento informado não terá atendido a sua finalidade. Observa-se que, nesse processo de informar, a alteridade deve ser uma prática constante, pois exige-se um olhar atencioso para com o outro.

É importante a conscientização da comunicação entre médico e paciente para que sejam superadas as barreiras entre o saber científico do médico e a necessidade de o paciente conhecer melhor sua condição (PAZINATTO, 2019). A comunicação franca e efetiva contribui bastante para a satisfação do paciente no que diz respeito aos cuidados de saúde prestados.

A comunicação na relação médico-paciente sofreu profundas alterações com o desenvolvimento das tecnologias. “Os avanços da ciência modificaram a relação médico-doente, revelando a necessidade de novos modos de pensar e agir

eticamente, com ênfase no resgate de elementos subjetivos da comunicação” (SOUZA; JÚNIOR; FACURY, 2020, p.212).

Assim, tem-se assistido à necessidade de valorização do componente humanístico nesta relação, sobretudo por meio de investimento em comunicação que permita interação, proximidade, diálogo, em que a informação não fique restrita a aspectos técnicos-científicos. Ademais, o vínculo de confiança estabelecido entre as partes permite um melhor compartilhamento de informações, a livre expressão de ideia e vontade, a preservação da privacidade e o planejamento de ações futuras (GOLDIM, 2002).

Neste contexto, ao que parece, a comunicação e o consentimento são instrumentos racionais e devidos para tentar solucionar os conflitos existentes, que podem ser de interesses, mas também de valores e sistemas de valores usados para evitar, resolver ou regular essas questões (SCHRAMM, 2017).

A informação ao paciente foi inserida há pouco tempo na prática médica com firmeza, não que antes não se informasse ao paciente, mas isto não era tido pelos médicos como uma obrigação, mas sim como algo discricionário e talvez condicionada a receptividade do paciente (CASABONA, 2005). Contudo, hoje se entende que a informação ao paciente não é um ato simplesmente burocrático e único, mas uma ação contínua da relação médico-paciente que leva em consideração os aspectos humanísticos envolvidos no processo.

Assim, o médico deve informar ao paciente sua condição de saúde, explicando as indicações diagnósticas e terapêuticas. “A informação material inclui dados sobre diagnósticos, natureza e objetivos da intervenção diagnóstica ou terapêutica necessária e indicada, alternativas, riscos, benefícios, recomendações e duração” (CFM, 2016, p. 9).

Em verdade, devem ser prestadas todas as informações e esclarecimentos importantes ao paciente com vistas à promoção de sua autonomia, para que este tome a sua decisão. Ademais, a informação deve ser verdadeira e assertiva, não devendo ser utilizada como pretexto para encher o paciente com informações técnicas desnecessárias.

Nesse sentido, Carlos Casabona (2005) explica que a informação transmitida deve ser adequada, no sentido de ser relevante para prestar o consentimento, devendo abster-se da informação que não permita ao paciente adquirir uma representação de sua situação, bem como o seu excesso, que, além de ser

desnecessário e inútil, pode ser prejudicial e causar danos psicológicos ao paciente, sendo que os dois extremos podem gerar responsabilidade do profissional.

Por exemplo, a sobrecarga de informações é às vezes um obstáculo a um entendimento devido, e tem a tendência tanto quanto a não informação, a produzir decisões desinformadas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Portanto, informação adequada não significa necessariamente informação completa, pois é impossível o seu cumprimento, de satisfação desnecessária e até contraproducente (CASABONA, 2005).

Desta forma, a informação deve ser suficiente no sentido de esclarecer de maneira satisfatória. Contudo, ela é variável e condicionada à personalidade e o temperamento da pessoa, ao seu nível de entendimento, à natureza do tratamento e à extensão das possíveis consequências negativas e incidências de risco (CLOTET, 1995).

Assim, o médico, ao fornecer a informação, deve levar em consideração essas variáveis para que a mesma cumpra seu objetivo. Com efeito, a informação a ser dada exige sensibilidade e adequação por parte do profissional de saúde, considerando a situação de fragilidade do paciente.

Desta forma, “a informação deve ser suficiente para que o paciente tenha condições psíquicas de deliberar de forma autônoma sobre sua terapêutica, e que essas informações não majorem suas dores, interferindo negativamente no tratamento” (MEIRELES, FERNANDES, 2021, p. 158). A verdade é importante, porém deve o médico ter o cuidado de não transmitir informações secas que agravem ainda mais a situação da pessoa que já se encontra fragilizada.

Logo, a informação deve ser compreensível e não deve trazer mais malefícios que benefícios ao assistido, o que requer adequação do seu conteúdo à realidade do paciente. E caso a comunicação direta venha a causar danos ao paciente, recomenda-se a sua transmissão ao seu representante legal.

As informações ou esclarecimentos a serem prestados ao paciente deverão passar por um âmbito de discricionariedade do médico; não se exige que o paciente tenha compreensão dos aspectos técnicos, mas sim dos riscos que eles implicam e benefícios buscados com o tratamento, de forma a poder preparar-se e até colaborar para seu êxito (MATOS, 2007, p.204).

Importante registrar que “o médico, ou outro profissional de saúde, e o pesquisador nunca detêm todas as informações; sempre existem domínios de probabilidade (risco), incerteza e desconhecido associados aos procedimentos que

estão sendo propostos” (GOLDIM, 2002, p. 113). Mas de todo modo, o profissional de saúde deve compartilhar informação devida com o paciente, optando sempre pela honestidade na relação.

Por outro lado, atitudes de cuidado que limitam ou impedem a participação do indivíduo, por meio de sonegação de informações importantes por considerá-lo incapaz de apreender elementos que o capacitariam à decisão sobre as melhores opções para o estabelecimento de sua saúde, tiram a possibilidade de qualquer tipo de autonomia (SILVA, 2017). Realmente, o desconhecimento pode restringir a participação do paciente nas decisões acerca de sua existência.

A propósito, a informação também deve ser prestada antecipadamente para que o paciente possa refletir sobre o que foi passado, pois deve ter tempo para pensar e até mesmo discutir com seus familiares sobre o tratamento (ALVARENGA; TORRES; AZEVEDO, 2018). A informação traduz um dever de cuidado inerente ao exercício da profissão médica, que se for cumprido de modo adequado previne a ocorrência de muitas demandas judiciais em desfavor dos médicos.

Ressalte-se que “ser informado é um direito e não uma obrigação para o paciente. Ele tem o direito de recusar ser informado. Nestes casos, os profissionais de saúde devem questioná-lo sobre quais parentes ou amigos quer que sirvam como canais das informações” (CFM, 1998, p. 67).

Como se pode verificar, a informação adequada é um requisito prévio para existência do consentimento juridicamente válido. Lembrando que o consentimento é a condição que confere licitude às intervenções que, estando indicadas, pretenda realizar o profissional.

4.2.1 Clareza da informação

Não basta apenas que a informação seja transmitida, uma vez que ela cumpre sua finalidade somente quando é compreendida pelo paciente, o que requer clareza da informação. A esse propósito, o Código de Defesa do Consumidor estabelece, em seu artigo 6º, que constitui direito básico do consumidor o acesso a informações claras e adequadas.

“A informação clara compreende uma informação didática, simples do ponto de vista técnico, sem abreviações e desprovida de termos complexos. Clara é a informação direta, objetiva e cristalina” (NOLDIN, 2019, p. 58). Logo, as informações dadas pelo médico devem ser bastante claras, de modo a permitir a compreensão

pelo paciente, para que este possa tomar sua decisão, com conhecimento do que está acontecendo e das consequências que dela podem advir.

Com efeito, “sem compreensão não há a possibilidade de haver uma opção consciente, um comprometimento com uma das alternativas disponíveis. Esta situação invalida, pelo menos do ponto de vista moral, o próprio processo de obtenção do consentimento” (GOLDIM, 2002, p.113).

Ademais, a informação clara conduz a uma tomada de decisão mais segura e confiante, propiciando ao paciente deliberar com a autonomia almejada, sendo responsável por suas escolhas. Nesse contexto, exige-se, atualmente, que a informação seja totalmente compreensível, no sentido de que se deve adequá-la ao nível intelectual e cultural do paciente, evitando sempre que possível a utilização de linguagem técnica, a qual deve ficar reservada aos profissionais de saúde (CASABONA, 2005).

Isto porque a linguagem médica, permeada de termos científicos dificulta a apreensão dos aspectos relacionados ao estado de saúde do paciente. É sabido que a compreensão adequada pode ser dificultada pela presença de determinadas circunstâncias, como a baixa capacidade intelectual do paciente ou até mesmo a inabilidade do profissional de saúde em explicar-lhe os termos técnicos próprios da área médica.

A informação deve propiciar o fácil entendimento, evitando-se a utilização de expressões que dificultem a sua compreensão. Desta forma, a linguagem utilizada pelo profissional para informar e esclarecer deve ser clara, precisa e objetiva, de modo que o uso de palavras ou expressões fora do alcance de compreensão do paciente não devem ser admitidas. Esses atributos favorecem a tomada de decisão consciente acerca das ações que estão sendo propostas.

Dessa forma, para que o consentimento seja dado, as informações e os esclarecimentos devem ser transmitidos de maneira clara e precisa, em linguagem simples, assimilável ao leigo, para que não reste qualquer dúvida sobre a proposta do procedimento, sem esquecer ainda de que o paciente tem direito a formular as perguntas que julgar convenientes (OLIVEIRA JR; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Fermin Schramm, (2005) chama atenção para o fato de que a informação pode ser manipulada, fato que implica sempre a existência de uma estrutura de poder ou mesmo de dominação, o que afetaria as relações interpessoais e as inter-relações sociais, tornando assim possível prejudicar parte dos atores envolvidos na ação

comunicativa. Essa possibilidade revela mais um motivo para se prezar pela clareza da informação, pois isso previne a manipulação da mesma.

4.2.2 A transmissão da informação enquanto processo contínuo

A transmissão da informação é um processo contínuo, isto é, não se limita a um único ato. Até porque, “pela própria natureza das coisas, o profissional não é onisciente e vai, por sua vez, adquirindo nova informação à medida em que estuda novas provas e a própria evolução de seu paciente, que este deverá conhecer, dadas as circunstâncias” (CASABONA, 2005, p.157).

Assim, a transmissão da informação consiste também em um processo gradual, pois pode acontecer de o médico não ter inicialmente a informação substancial acerca da enfermidade do paciente. Entretanto, à medida em que for adquirindo novos conhecimentos, ele tem o dever de informar e esclarecer. Já que a relação médico-paciente é pautada num processo contínuo de descoberta, as dúvidas do paciente também devem ser esclarecidas a qualquer tempo, com interesse e empatia por parte do profissional de saúde.

4.3 A COMPREENSÃO DA INFORMAÇÃO COMO NECESSÁRIA AO CONSENTIMENTO

Além da informação, faz-se igualmente necessária a sua compreensão para que o indivíduo possa deliberar sobre o caminho a seguir em relação ao seu tratamento. De fato, a informação somente alcança sua finalidade quando compreendida devidamente pelo destinatário (MEIRELES, 2018).

A compreensão da informação é um dos principais elementos do processo de consentimento informado e é deveras essencial. O consentimento informado será eficaz apenas e tão somente quando fundamentado no conhecimento advindo da informação adequada e efetivamente compreendida por seu destinatário (BERGSTEIN, 2012).

Bruno Miragem (2007) afirma que a informação deve ser eficiente, no sentido de ser compreensível e compreendida pelo paciente, destacando a insuficiência do cumprimento formal do dever de informar. Neste passo, a falta de compreensão das informações implica imperiosa distorção do seu conteúdo, o que pode ocasionar o equívoco na decisão, bem como comprometer a autonomia, posto que a deliberação a ser tomada não tem correspondência com a realidade dos fatos.

É por tal razão que o exercício da autonomia necessita da informação e de sua compreensão. É a informação associada à compreensão que juntas propiciam o efetivo exercício da autonomia.

Nota-se que a compreensão da informação é um componente extremamente relevante no processo do consentimento informado. Ademais, a existência de uma dada enfermidade, além de poder representar por si uma condição que dificulte o entendimento, também reforça a necessidade de uma correta compreensão das informações compartilhadas.

Ocorre que os estudos sobre a tomada de decisão dos pacientes dedicam pouca atenção ao processamento das informações, o que suscita importantes questões sobre o seu entendimento (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Discute-se muito acerca das informações, mas pouco se fala a respeito de sua compreensão.

Em verdade, é muito comum no cotidiano a presença de condições que dificultem o entendimento dos pacientes. Cita-se, por exemplo, a questão do analfabetismo, da imaturidade e a própria enfermidade, situações que se apresentam como vulnerabilidades e que precisam ser consideradas no processo de tomada de decisão do paciente.

É o reconhecimento de tais condições de vulnerabilidades que propicia a real e desejada autonomia. Assim, não se pode fugir da reflexão sobre a questão da compreensão no processo de tomada de decisão, uma vez que sua ausência pode acentuar ou mesmo propiciar o surgimento de condições de vulnerabilidade.

Nesse contexto, o cuidado não deve apenas estar voltado à obtenção do consentimento, mas de que forma esse consentimento foi outorgado, o que abrange a análise acerca do entendimento das informações por parte do paciente. A compreensão da informação é um dos pilares para a conformação devida da relação entre médicos e pacientes.

O consentimento deve ser avaliado sob o aspecto de sua real finalidade, posto que não se admite a sua obtenção de maneira apenas formal, através de simples assinatura de termos de consentimentos, sem análise da compreensão da informação. Deveras, “a pessoa pode ser informada, mas isto não significa que esteja esclarecida, caso ela não compreenda o sentido das informações fornecidas, principalmente quando as informações não forem adaptadas às suas circunstâncias culturais e psicológicas” (CFM, 1998, p.65).

Existe dificuldade de compreensão objetiva, que o médico deve solucionar ao

evitar o uso de termos técnicos e usar uma linguagem acessível, e há também uma dificuldade subjetiva, ligada a uma maior ou menor capacidade de compreensão de cada paciente (GONZÁLEZ, 1996). Ressalte-se que “cada paciente é uma pessoa singular, dotada de características próprias; por esses motivos as capacidades de assimilação serão, em regra, distintas, variáveis” (BERGSTEIN, 2012, p. 135).

De todo modo, qualquer que seja o tipo de paciente, este precisa ter uma compreensão substancial das ações pretendidas e suas consequências. É atribuição do médico avaliar a compreensão do paciente, considerando suas vulnerabilidades.

Assim, a simples presença de capacidade jurídica não atesta a habilidade de total compreensão do paciente, uma vez que esta tem de ser analisada à luz de sua autonomia real, levando-se em conta as vulnerabilidades específicas de cada indivíduo.

Destarte, “a informação prestada pelo profissional de saúde não pode vir revestida num discurso hermético e científico, incompreensível ao enfermo, mas deve ser transmitida de forma adaptada às suas circunstâncias culturais e psicológicas” (MEIRELES; FERNANDES, 2021, p. 159). A informação deve ser simples, aproximativa, inteligível, leal e respeitosa, isto é, transmitida dentro de padrões acessíveis ao nível intelectual e cultural do paciente, já que quando indevida e mal organizada causa baixo potencial informativo, desinformação (CFM, 1998, p.65).

Portanto, devem ser observadas as situações de cada paciente a partir de sua realidade, considerando as suas vulnerabilidades correlatas, que podem interferir no processo de compreensão. Ressalte-se que na relação médico-paciente o profissional é o detentor do conhecimento técnico e o paciente é o sujeito vulnerável, por ser desprovido da referida condição, o que implica justa preocupação com o fato de que a informação precisa estar acompanhada de um elemento fundamental, isto é, a compreensão (MEIRELES, 2018).

Desta forma, é insuficiente o consentimento formal do paciente, uma vez que o profissional de saúde tem de verificar se o paciente realmente compreendeu a informação e tem condições de tomar decisão.

Deve-se buscar o Consentimento Informado Material do paciente. Pode-se afirmar que a grande evolução da doutrina do consentimento informado, no século XX, deu-se nos âmbitos do conteúdo e da qualidade da informação fornecida pelos médicos. Procurou-se abandonar a ideia de se fornecerem informações segundo um standard técnico-médico – em que se almejava o consentimento meramente formal do paciente. Agora, deve-se buscar o real exercício da autonomia do paciente. Para tanto, ele deve fornecer seu

consentimento informado material para intervenções médico-cirúrgicas. Em outras palavras, o agir médico deve ser voltado para o entendimento por parte do paciente (STANCIOLI, 2005, p.178).

Por certo, não tem efeito algum a informação incompreendida pelo paciente, resultando em flagrante descumprimento do dever de informação do profissional de saúde e inexistência de consentimento válido para o ato médico, ainda que este tenha sido formalmente obtido (MAIA, 2011). Novamente, é preciso ressaltar que as decisões devem ser baseadas em um entendimento substancial acerca do ato e das suas consequências.

Claro que “o entendimento não precisa ser completo, pois uma compreensão substancial dos fatos centrais e de outras descrições em geral é suficiente. Alguns fatos são irrelevantes ou triviais; outros são vitais, talvez decisivos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.180). Em verdade, tanto o médico quanto o paciente “devem atuar segundo o agir voltado ao entendimento, guiado por normas que garantam ao paciente a capacidade de entender o discurso técnico-biomédico e dialogar com o corpo clínico que o atende, e mesmo intervir no próprio tratamento” (STANCIOLI, 2005, p. 177).

Muitas vezes, fazer perguntas, tentar descobrir as preocupações e os interesses do paciente e estabelecer um ambiente que encoraje perguntas favorece mais o entendimento do que as informações transmitidas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Esse atuar pautado no entendimento é uma decorrência também do princípio da boa-fé objetiva, que deve permear as relações.

Ressalte-se que existem duas acepções de boa-fé, quais sejam, a objetiva e a subjetiva. A subjetiva é um estado psicológico em que a pessoa possui a crença de ser titular de um direito que, em verdade, só existe na aparência; já a objetiva é uma regra de comportamento caracterizada por uma atuação de acordo com determinados padrões sociais de lisura, honestidade e correção, de modo a não frustrar a legítima confiança da outra parte (FARIAS; ROSENVALD, 2021).

Com efeito, a boa-fé objetiva é um padrão de comportamento reto, que determina que as partes nas relações adotem uma perspectiva leal, honesta, transparente e que respeite a confiança e a perspectiva da outra parte. Segundo Cristiano Chaves e Nelson Rosenvald (2021), a boa-fé objetiva propicia o alargamento do horizonte da relação ao suprimir a máscara abstrata da “pessoa”, que a todos iguala, entrando em cena a categoria em que o sujeito está inserido.

Desta forma, o ponto de partida para o despertar sobre a importância da compreensão no processo de tomada de decisão é a constatação de que a relação entre médico e paciente deve pautar-se na boa-fé, lealdade e confiança, em que as partes assumem uma postura de colaboração, rejeitando o antagonismo, rumo ao êxito do tratamento.

Os problemas habituais da informação devem ser reinterpretados com base nas ações que os profissionais podem fazer para facilitar a correta decisão fundamentada em um entendimento substancial (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Além disso, a informação e a compreensão quando plenamente presentes na relação previnem a formação de conflitos, o que certamente contribui para a diminuição dos litígios apresentados à Justiça, desafogando assim o judiciário.

A bem da verdade, o profissional de saúde deve usar de todos os recursos adequados disponíveis para facilitar a compreensão pelo paciente. Deste modo, a comunicação bem-sucedida de informações pode se fazer acompanhar de determinadas analogias como forma de associar o proceder médico a eventos que lhe sejam mais comuns, com os quais o paciente já detenha uma certa familiaridade.

Neste contexto, recomenda-se a elaboração do termo de consentimento com a utilização de fonte 12 (CFM, 2016) a fim de facilitar a compreensão do texto. Também existe orientação para evitar o uso de palavras, frases ou parágrafos longos, pois isso dificulta a compreensão do conteúdo apresentado.

5 A COMPREENSÃO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL AO EXERCÍCIO ADEQUADO DA AUTONOMIA E A INCIDÊNCIA DAS VULNERABILIDADES

O conceito de autonomia traz consigo a ideia de emancipação, liberdade, autogoverno, respeito pela escolha do outro. “Instituído como resposta a inúmeros abusos ocorridos em pesquisas clínicas com seres humanos, o princípio do respeito à autonomia representa o empoderamento do indivíduo em relação a si mesmo” (ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2016, p. 454).

Em verdade, o reconhecimento da autonomia impôs uma nova dinâmica ao relacionamento entre médico e paciente, trazendo mais diálogo e consideração ao outro na relação. Para Mônica Aguiar e Ana Meireles (2018), a autonomia, enquanto forma de manifestação da liberdade, é veículo de concretização da dignidade da pessoa humana, é um modo de efetivar escolhas simples ou complexas, sendo um atributo essencial ao desenvolvimento pleno da existência humana. Verifica-se que

La autonomía se opone a los modelos de dominación y opresión; condena la imposición heterónoma de principios y normas de conducta; rechaza la dependencia producto de negar reconocimiento moral a las personas, rechazando de este modo la discriminación y la marginación; condena el autoritarismo en la medida en que representa la negación de la capacidad de elección política (ÁLVAREZ, 2015, p.14).

A autonomia tem como base o reconhecimento do direito legítimo da pessoa em tomar decisões livremente acerca de sua própria vida. Em âmbito médico, o princípio da autonomia orienta o profissional de saúde a respeitar a decisão do paciente, considerando o processo de consentimento informado. De fato, a sua expressão se dá no consentimento informado.

Destaque-se que “o exercício do consentimento informado efetiva-se após a junção da autonomia, capacidade, voluntariedade, informação, esclarecimento e o próprio consentimento” (SIMÕES; MARTYNETZ; UEDA; OLANDOSKI, 2007, p.183). A autonomia refere-se à capacidade que têm as pessoas para se autodeterminarem, livres de influências externas que as controlem, de limitações pessoais que as impeçam de fazer uma escolha pura, como poderia ser a compreensão inadequada da questão ou das circunstâncias de opção (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

No entanto, José Junges (2007) ressalta a importância de prestar atenção nas ações autônomas, pois pessoas autônomas podem fazer eleições não autônomas, assim como pessoas não autônomas podem ser capazes de realizar ações autônomas em determinadas ocasiões e graus.

Assim, para que a aferição da autonomia não se reduza ao preenchimento de exigências formais, faz-se necessária reflexão profunda acerca do que é ser autônomo em cada caso específico. Raylla Albuquerque e Volnei Garrafa (2016) observam que a autonomia está centrada primeiramente na perspectiva do paciente/participante de pesquisa.

Nesse sentido, cada um tem a sua própria autonomia, o que significa dizer que “a autonomia está ligada a cada pessoa e não é extensível a um grupo ou população” (GUIMARÃES; NOVAES, 2009, p.1). Desta forma, não se pode afirmar, por exemplo, que a criança, a pessoa hospitalizada, o indivíduo institucionalizado, o imigrante ilegal, o adulto com capacidade plena possuem a mesma autonomia.

Ao contrário, a análise da autonomia deve levar em consideração o contexto em que o indivíduo está inserido, pois dele podem advir limites em diferentes graus ao exercício de cada respectiva autonomia. Com efeito, o exame da autonomia não pode limitar-se à análise superficial da capacidade do agente em fazer escolhas livres, uma vez que se deve realizar uma avaliação mais cuidadosa das condições necessárias para o seu exercício.

Silvina Álvarez (2015) pontua que a autonomia consiste em uma capacidade das pessoas e como tal admite desenvolvimentos variados que podem condicionar fortemente o seu exercício. No mesmo sentido, Danielle Cosac (2017) destaca que a autonomia não é algo que nasce com o ser humano, mas que se desenvolve a partir das contribuições biológicas, psíquicas e socioculturais do meio em que se vive.

A autonomia pode sofrer interferência de ordem pessoal, cultural, econômica, social, de modo que o exercício desse direito pode se tornar algo complexo na prática, se o médico não se atentar a essas questões. A propósito, “os indivíduos não vivem isolados da sociedade, e os princípios morais de determinada organização social e cultural exercem autoridade e influência sobre suas vidas e escolhas autônomas” (WANSSA, 2011, p.111).

Logo, a diversidade de situações com as quais a pessoa encontra-se vinculada se apresenta como um desafio ao reconhecimento de sua autonomia, já que esta não pode ser aferida de maneira padronizada e teórica. Nesse sentido, Tom Beauchamp e James Childress (2002, p.141) afirmam que “os critérios apropriados da autonomia substancial devem ser contemplados em contextos particulares, e não determinados por uma teoria geral que constitua um grau de autonomia substancial”.

Por isso, verificar a condição de autônomo de um paciente é uma tarefa difícil,

na medida em que inúmeras aspectos podem exercer influência na tomada de decisão. Em verdade, ter mais ou menos autonomia depende de uma série de fatores, de condições internas e externas do indivíduo, e, dentre as condições internas, a doutrina clássica destaca a racionalidade, que está ligada à capacidade de refletir, avaliar, ponderar, pesar e finalmente atribuir uma ordem de preferência e hierarquização da ação (ÁLVAREZ, 2015).

Ressalte-se que são essenciais ao menos três condições para que as ações de uma pessoa venham a ser consideradas autônomas: intencionalidade; entendimento e ausência de influências controladoras que determinem sua ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). A intencionalidade não admite graus, enquanto que as outras duas condições admitem graduações.

Para José Junges (2007, p.79), “uma ação goza de intencionalidade quando se integra ao projeto que a antecipa e motiva para obter seu resultado”. Já quanto ao requisito do entendimento para um agir autônomo, este refere-se à exigência do conhecimento e da compreensão por parte do paciente acerca do que lhe é comunicado pelo profissional de saúde. Por fim, a ausência de controle externo alude a ações isentas de coerção, manipulação e persuasão de quaisquer espécies.

Logo, uma ação autônoma pressupõe uma manifestação intencional, estar livre de influências e efetivamente compreender as informações transmitidas. Tom Beauchamp e James Childress (2002) destacam que uma ação será autônoma se tiver um grau substancial de entendimento e de liberdade de coerção.

Observa-se que os mencionados elementos apontados como indispensáveis para a existência de uma ação realmente autônoma trazem consigo importante dimensão subjetiva, já que faz referência a requisitos como discernimento e possibilidade de compreensão do discurso (MEIRELES; KUSTERER, 2020). Com efeito, a compreensão da informação é condição *sine qua non* para o exercício da autonomia do paciente.

Como visto, há uma notória importância de se assegurar e garantir o acesso e a compreensão das informações pelos pacientes. Apesar disso, a análise da compreensão parece não haver recebido a devida atenção por parte de um número considerável de estudiosos do processo de tomada de decisão, haja vista a carência de discussão a respeito da temática. Tal constatação revela a existência de um grande equívoco, pois “mesmo portando todos os requisitos exigidos para ser considerada uma pessoa autônoma, se não houver o necessário entendimento da situação, não

haverá autonomia” (MELLO, 2008, p.33).

Ora, se o indivíduo não entende a ação, logicamente ele não é autônomo. A compreensão da situação é essencial para a decisão de uma intervenção, seja para aceitar ou recusar. A compreensão é uma condição fundamental na configuração da autonomia, pois aquele que não apreende a realidade tampouco estará em posição de exercer a sua autonomia, porquanto não possui quaisquer condições de tomar uma decisão que reflita a sua livre preferência.

Com efeito, a autonomia assegura a liberdade de escolha do paciente; entretanto, para que essa ocorra, faz-se necessário que o paciente compreenda todo o panorama em que está inserido e suas consequências, tornando-se responsável por sua decisão. Poder-se-ia então indagar qual a espécie de compreensão é exigida para que a ação seja considerada autônoma. De acordo com José Junges (2007), seria aquela que permite ao paciente entender a natureza da ação, das consequências previsíveis e dos resultados possíveis de sua execução ou não.

Certo é que a compreensão é essencial, posto que é uma condição que possibilita o exercício real da autonomia e propicia a liberdade de escolha do indivíduo. Assim, aos poucos, vão sendo desenhados os aspectos fundamentais em torno do exercício da autonomia, na medida em que esta não depende somente da competência/capacidade do sujeito, mas da compreensão e do consentimento (MELLO, 2008).

Desta forma, “torna-se evidente que o conceito de autonomia reclama a tomada de consciência dos elementos subjetivos que podem integrá-lo” (ARAÚJO, 2018, p.14). Deveras, “a autonomia reflete um valor relativo, pois submetido às fragilidades e ambiguidades individuais” (WANSSA, 2011, p.112).

Outrossim, a análise da real autonomia de uma pessoa requer, ao mesmo tempo, aferição de suas presentes e potenciais vulnerabilidade. A exacerbação da vulnerabilidade “leva à redução ou perda total da liberdade individual, pois os mesmos fatores que conduzem à vulnerabilidade trabalham no sentido de impedir uma escolha livre” (GUIMARÃES; NOVAES, 2009, p. 2).

Relevante ressaltar que “o princípio da vulnerabilidade visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais os princípios da autonomia e do consentimento se manifestam insuficientes” (NEVES, 2006, p. 167-168). Ademais, a vulnerabilidade, enquanto condição inerente ao indivíduo, pode apresentar-se como empecilho ao processo de compreensão do paciente.

Tatiane Santos e Ana Meireles (2021) registram que o reconhecimento da autonomia não é capaz de eliminar a vulnerabilidade a que o paciente está exposto. Nesse sentido, Maria do Céu Patrão Neves (2006) pontua que a autonomia e a exigência de consentimento são insuficientes para neutralizar os prejuízos a que cada vulnerabilidade encontra-se exposta.

Daí a importância da boa comunicação estabelecida entre as partes, pois isso propicia perceber o outro em sua autonomia e em suas fragilidades. Ressalte-se que a autonomia é um princípio imperioso, mas que deve dialogar com os demais princípios morais.

Vale ainda lembrar que a ideia de autonomia proposta por Tom Beauchamp e James Childress (2002, p.143) não admite sinais de paternalismo. Ao contrário, recomenda-se a promoção de condições para capacitar a pessoa a agir de maneira totalmente autônoma, onde “o respeito à autonomia obriga os profissionais de saúde a revelar as informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.144).

Como se pode verificar, o exercício da autonomia humana não deve ser aferido de maneira separada da análise das vulnerabilidades. Ademais, a consciência da vulnerabilidade apresenta-se como uma oportunidade de preservar a autonomia.

Além do que, a análise da autonomia, quando considerada a questão da vulnerabilidade de cada paciente, propicia uma sustentação ética sólida à conduta do profissional de saúde, que deve buscar contemplar a individualidade de cada ser e considerá-lo em suas peculiaridades.

Em verdade, a construção das relações entre pacientes e médicos na contemporaneidade aponta para a revelação de elementos fundamentais em uma nova formatação, com a chegada da autonomia em seu aspecto existencial e com a consideração das vulnerabilidades enquanto condição real capaz de reduzir a compreensão da pessoa (MEIRELES; KUSTERER, 2020).

5.1 A INFLUÊNCIA DAS VULNERABILIDADES NO PROCESSO DE COMPREENSÃO

Em verdade, todo ser vivo, enquanto expressão biológica, traz consigo uma condição de vulnerabilidade inata, posto que encontra-se constantemente suscetível a sofrer ataques fatais. Assim, todos os seres estão vulneráveis, pois estão sob risco

de serem feridos, lesionados.

“Nessa perspectiva, parte-se da premissa de que os seres humanos são vulneráveis, pois estão sob essa condição comum a todos, considerando sua finitude, fragilidade” (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018, p. 40). No entanto, a vulnerabilidade dos seres humanos vai além da biológica, na medida em que a realidade confere ao ser outros tipos de vulnerabilidades.

A pobreza, a falta de educação, a falta de instrução, as questões sociais, entre outras circunstâncias, tornam ainda mais vulneráveis os indivíduos. De acordo com Leonor Almeida (2010, p.539) “o ser vulnerável é alguém que possui cidadania frágil, que não consegue exercer seu direito à integridade física e psicológica como condição de acesso à plenitude existencial em sociedade”.

Ressalte-se que, quando o risco se concretiza e a sobrevivência, a existência ou os projetos de vida são atingidos, o indivíduo passa da situação de vulnerável à condição de vulnerado, posto que de alguma forma sofreu agressão (SILVA, 2017). A Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde define a vulnerabilidade, na seção II.25, como condição que reduz ou impede a capacidade de autodeterminação, ou estado que impeça de opor resistência, especialmente no que concerne ao consentimento informado.

Assim, as pessoas vulneradas têm a autonomia reduzida por estarem submetidas a fatores que as incapacitam de exercê-la em sua plenitude e as privam de certos direitos (MELLO, 2008). Nesse sentido, a história demonstra que o deficiente mental, o idoso, a pessoa presa e a criança sempre foram concebidos como vulneráveis. Atualmente, entretanto, a vulnerabilidade também pode ser verificada em inúmeras situações em que a pessoa não tenha condição de exercer a autonomia em plenitude.

Para Daisy Mello (2008), a vulnerabilidade se estende a todas as pessoas que, por algum motivo, possuem dificuldades ou estão impossibilitadas de decidir, ou seja, que detêm pouca ou nenhuma autonomia. A propósito, Leonor Almeida (2010) aponta que a autonomia pode ser enxergada como um conceito ético e individual, ao passo que a vulnerabilidade pressupõe o estabelecimento de uma relação desigual, se encarada no sentido adjetivante.

Neste contexto, Maria Guimarães e Sylvia Novaes (2009) esclarecem que, embora muitos sujeitos vulneráveis preencham os requisitos formais para serem autônomos, eles são incapazes de decidir livremente ou de manifestarem sua decisão,

pois, apesar de livres no sentido mais comum do termo, a existência de condições sociais, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde dificulta a referida manifestação.

No mesmo sentido, Daisy Mello (2008) destaca que sob o viés jurídico pode existir autonomia, mas, sob outro olhar, ela não poderia ser exercida, pois se encontraria impedida em virtude de condições adversas. Pacientes que, no processo de tomada de decisão, não possuem entendimento podem ser considerados vulneráveis nessa situação específica, dado que a falta de compreensão impossibilita a deliberação sobre o melhor caminho a seguir no âmbito de assistência em que se encontra.

Outrossim, “informações falseadas, incompletas ou mal-entendidas podem ocasionar defeitos de raciocínio, por meio dos quais os indivíduos formam suas opiniões baseadas em fatos manifestamente implausíveis e comprometem sua decisão autônoma” (FORTES, 1994, 131). Logo, a informação transmitida pelo profissional de saúde necessita ser compreendida pelo paciente para que este possa deliberar de forma livre.

Ademais, não basta enviar informações para comunicar, pois esta somente se efetiva quando o receptor efetivamente a “recebe”, no sentido pleno do termo, isto é, quando tem condições para se apropriar desta informação, interiorizá-la e introduzi-la em seu estoque de conhecimentos (LEITE; VENTURA; CARRARA, 2018).

Para que o paciente tenha capacidade de decidir, ele deve se apropriar da informação, algo que está diretamente ligado à sua experiência de vida, a maneira que a informação é transmitida, etc. Nesse sentido, Almeida Júnior (2009) destaca que o usuário, isto é, aquele faz uso dos conteúdos informacionais, não recebe pacotes prontos de informações previamente estruturados e os assimila ou estoca.

A propósito, Renata Leite (2010) aponta que existe o acesso físico e o acesso cognitivo da informação: o acesso físico seria o acesso palpável, isto é, acesso à informação escrita, com todo suporte físico da informação, e cita, como exemplo, o acesso ao prontuário, ao termo de consentimento, às informações detalhadas; já o acesso cognitivo questiona como ocorre a aquisição cognitiva deste conhecimento.

A cognição é um conceito amplo e abrangente que se refere às atividades mentais envolvidas na aquisição, processamento, organização e uso do conhecimento. Os processos principais envolvidos no termo cognição incluem detectar, interpretar, classificar e recordar informação; avaliar ideias; inferir princípios e deduzir regras; imaginar possibilidades; gerar estratégias;

fantasiar e sonhar (MUSSEN, 1988, 210).

Nota-se que a cognição envolve os processos mentais relacionados ao processamento da informação. Logo, o processo de conhecimento “somente é possível quando a informação é interiorizada pelo sujeito, propiciando, por meio do estabelecimento de relações cognitivas, novo conhecimento, que pode ser aplicado” (VALENTIM, 2008, p. 12-13).

Desta forma, cada paciente ressignifica a informação e a contextualiza em sua realidade (LEITE, 2010). As informações são assimiladas, organizadas e integradas pelo indivíduo. Nesse contexto, destaca-se a importância da mediação da informação realizada pelo profissional de saúde.

Segundo Almeida Júnior (2009), com a mediação da informação, há um deslocamento do usuário da categoria de simples receptor para posição de ator central do processo de apropriação, como ser ativo e participativo. Para o autor:

O usuário é quem determina a existência ou não da informação. A informação existe apenas no intervalo entre o contato da pessoa com o suporte e a apropriação da informação. Como premissa, entendemos a informação a partir da modificação, da mudança, da reorganização, da reestruturação, enfim, da transformação do conhecimento. Assim entendida, ela, informação, não existe antecipadamente, mas apenas na relação da pessoa com o conteúdo presente nos suportes informacionais. Estes são concretos, mas não podem prescindir dos referenciais, do acervo de experiências e do conhecimento de cada pessoa. Em última instância, quem determina a existência da informação é o usuário, aquele que faz uso dos conteúdos dos suportes informacionais. Considerada a informação desse modo, é clara a participação ativa e decisiva do usuário no processo. De receptor, passa o usuário a ser um construtor, um co-produtor da informação (ALMEIDA JÚNIOR, 2009, p. 97).

Nessa perspectiva, somente se entende por informação algo que realmente se compreenda. Para determinados pacientes, pode ser tranquilo o recebimento de certas informações como os resultados de exames, as orientações sobre medicamentos, precisando de menos explicações. Porém, há aqueles outros pacientes que necessitam de explicações mais detalhadas, dependendo do seu grau de instrução (LEITE; VENTURA; CARRARA, 2018).

Por isso, Almeida Júnior (2018) pontua que a ideia de mera transferência de informação às pessoas não se sustenta, na exata medida em que a informação é diferente para cada pessoa. Desta forma, as informações a serem transmitidas não devem ter por finalidade apenas cumprir uma exigência legal, devendo ter o cuidado de considerar as peculiaridades de cada paciente.

Neste contexto, Paulo Fortes (1994) destaca que as informações devem seguir

o “padrão subjetivo”, denominação em referência à abordagem informativa apropriada a cada indivíduo, adaptando valores e expectativas psicológicas e sociais de cada pessoa, sem se ater a fórmulas padronizadas. Assim, segundo este padrão, os pacientes devem ser vistos como únicos.

Adaptar a informação às características do paciente tem por finalidade propiciar o entendimento sobre o seu real estado de saúde. Vale lembrar que “a informação em saúde transformada em conhecimento dentro de um contexto, pode levar à apropriação da informação pelo usuário, empoderando-o e trazendo possibilidades para que ele exerça efetivamente seu direito à saúde” (LEITE; VENTURA; CARRARA, 2018, p. 189).

Destarte, o empoderamento se dá por meio da informação devida e de sua respectiva compreensão, possibilitando ao paciente realizar suas próprias análises e tomar as suas decisões consideradas corretas através de sua intervenção na realidade. Nesse contexto, o entendimento é de suma importância e deveras determinante para o exercício da liberdade individual, de modo que não é possível concretizar a autodeterminação sem que o paciente domine as informações necessárias para sua decisão.

Em verdade, resta evidente a falta de autonomia do paciente, quando ausente a sua compreensão em razão de influências internas e externas à relação. Sabe-se que a própria doença, a falta de informação, a informação incompleta, o medo, a ansiedade, a falta de instrução, o analfabetismo, dentre outras causas, são fatores que comprometem o seu entendimento.

Assim, muitas vezes, o processo de compreensão torna-se algo extremamente difícil para muitos pacientes. Contudo, pacientes que estão nessa situação específica de vulnerabilidade podem deixar de ostentar tal condição se lhes forem ofertadas oportunidades. A vulnerabilidade em decorrência da falta de compreensão pode ser mitigada através de medidas que propiciem a participação efetiva do paciente em seu processo de saúde, como, por exemplo, o fornecimento de informações pertinentes.

Garantir ao paciente acesso a informações relevantes acerca do tratamento, elucidando suas dúvidas inerentes ao contexto em que se encontra, pode diminuir seu padrão de vulnerabilidade. Isso dá a ele subsídios que lhe permitem participar conscientemente do processo de decisão sobre a terapêutica que será instituída, a qual trará implicações sobre o curso de sua existência (SILVA, 2017, p.33).

Compete ao médico, em situações clínicas, criar condições para ampliar ou

restabelecer a autonomia dos pacientes que estão submetidos às suas práticas, ao invés de se aproveitar das vulnerabilidades, que contribuem ainda para a regressão e a heteronomia (MELLO, 2008). Com efeito, o reconhecimento do outro, na sua vulnerabilidade, preserva a sua dignidade.

Ademais, a constatação da vulnerabilidade permite identificar as necessidades específicas de cada indivíduo, possibilitando a criação de condições para que este possa atuar com autodeterminação. O reconhecimento da vulnerabilidade coloca em evidência as fragilidades de cada indivíduo e permite-os traçarem metas para ultrapassá-las, garantindo que essas pessoas possam dar continuidade a seus projetos de vida em condições semelhantes de oportunidades que os demais (SILVA, 2017).

5.2 O DEVER DE SER COMPREENDIDO: NOTAS FUNDAMENTAIS

A informação não pode mais ser concebida como um dever meramente formal, externada pela assinatura dos termos de consentimento informado (MEIRELLES, 2019). Nessa esteira, deve ser superada a concepção de que a informação reduzida ao documento de consentimento informado, que faz uso basicamente de termos técnicos, é suficiente para esclarecer.

Ana Porto e Simone Araruna (2016) destacam que o direito à informação possibilita o exercício da autodeterminação do paciente no processo decisório sobre tratamentos e cuidados aos quais irá se submeter, bem como proporciona ao médico um maior respaldo de suas condutas através do compartilhamento de informações e decisões no curso do tratamento.

Em verdade, o cumprimento efetivo do dever de informar integra o novo paradigma de relação entre médicos e pacientes, em que há a valorização do outro, o respeito por sua dignidade e a utilização de estratégias para mitigar as suas vulnerabilidades. Neste novo formato de relacionamento, pautado no diálogo e na construção da autonomia do paciente, a compreensão das informações fornecidas pelo profissional de saúde é essencial para o sucesso dessa relação (PACHECO; VIEIRA; SILLMANN, 2018).

Desta forma, fica claro que não mais se admite a utilização da informação como um dever formal que se propõe apenas a proteger os profissionais de saúde em matéria de responsabilidade civil. Nos dias atuais, a informação precisa fomentar a discussão dialética na busca pela clareza do conteúdo para que o tratamento

pretendido seja exitoso.

A informação deve ser prestada de acordo com as circunstâncias de cada caso e em conformidade com as condições clínicas e psíquicas de cada paciente. Deve-se transmitir informações acerca dos benefícios, riscos e consequências do tratamento de saúde proposto.

Ressalte-se que a tomada de decisão é uma atividade desempenhada pela pessoa, o que significa dizer que a subjetividade estará presente. Por isso, “considerando as diferenças culturais e educacionais de cada indivíduo, se faz necessária a adaptação da informação dada, conforme a condição de cada um, de modo a atingir a melhor forma de comunicação e permitir, ao sujeito, entendimento” (SIMÕES; MARTYNETZ; UEDA; OLANDOSKI, 2007, p.187)

A informação prestada nesses moldes garante o respeito à autonomia do paciente ao considerar a sua individualidade, bem como permite a tomada de decisão consciente dos benefícios, riscos e consequências das ações indicadas. Como se pode verificar, não basta a informação revelada, uma vez que esta precisa ser compreendida.

Nesse sentido, é preciso que o médico verifique se o paciente realmente compreendeu as informações transmitidas, na medida em que o dever de informar somente será cumprido se houver compreensão. É responsabilidade do profissional de saúde aferir a capacidade de entendimento de cada paciente e adequar as informações para o seu correto entendimento.

Gilberto Bergstein (2012) pontua que o consentimento somente será eficaz se fundamentado em conhecimento advindo da informação adequada e efetivamente compreensível pelo destinatário. Logo, é preciso ter sensibilidade na hora de informar e bastante cuidado ao aferir se o paciente apresenta alguma condição que limite o exercício de sua autonomia ou que impossibilite a tomada de decisão de maneira consciente.

Ana Meirelles (2019) ressalta que a compreensão da informação ultrapassa a ideia de simples aferição da capacidade jurídica do indivíduo, pois ela somente pode ser verdadeiramente verificada se contemplada a esfera real de autonomia do paciente, por vezes mitigada por inúmeras vulnerabilidades.

Na assistência à saúde, o esclarecimento do médico é essencial para o entendimento dos pacientes, pois as suas escolhas livres e autônomas têm relação direta com as explicações apresentadas pelo profissional de saúde. Ademais, o

médico, por possuir conhecimento técnico, tem total condição de transmitir as informações e os esclarecimentos necessários.

O melhor modo de se cumprir o dever de esclarecimento seria por meio do diálogo. Um diálogo é efetivado quando os interlocutores compreendem de forma clara e precisa as informações trocadas. É importante ressaltar que esse esclarecimento é parte das obrigações do médico, as quais não se resumem a esclarecer. Esse é apenas um dos passos a ser seguido pelo profissional rumo ao atendimento dos aspectos da relação bioética, que envolve também a discussão de todos os aspectos do tratamento (PACHECO; VIEIRA; SILLMANN, 2018, p. 130).

Assim, “é imperativo ao médico garantir, por meio de um processo informativo, informações de qualidade e acessíveis ao entendimento do paciente, demonstrando os riscos, benefícios possíveis consequências” (SILVA; MEIRELLES, 2020, p. 3). O entendimento possibilita envolvimento do sujeito no tratamento, permitindo a sua interferência no processo decisório. Afinal de contas, se o paciente não entende a sua situação de saúde, tampouco terá validade a sua decisão.

No entanto, evidências demonstram que os pacientes frequentemente entendem errado ou não compreendem as informações transmitidas pelo médico, por motivos multifatoriais: dificuldade do médico em colocar os termos técnicos em linguagem acessível ao paciente; questões administrativas, como por exemplo, o limitado tempo de consulta; atenção do médico voltada à doença e não ao paciente; e o baixo letramento em saúde (SANTOS, 2015).

Neste contexto, Luiz Santos (2015) conceitua o letramento em saúde como a capacidade de ler e atuar sob as informações recebidas, a habilidade de comunicar as necessidades de saúde ao médico, bem como a capacidade de ouvir e entender sob as instruções dadas. Com efeito, a informação não compreendida, mediada por uma linguagem excessivamente técnica, não propicia conhecimento.

No que se refere à compreensão do termo de consentimento, um estudo realizado com 661 pessoas, nos meses de março e abril de 2005, revelou que os indivíduos com maior escolaridade têm maior entendimento, e que aqueles que possuem o hábito de ler semanalmente, apresentaram uma compreensão melhor do texto, assim como os que acessam a internet (SIMÕES; MARTYNETZ; UEDA; OLANDOSKI, 2007).

Neste contexto, as políticas públicas devem criar condições para o melhoramento do acesso à educação de qualidade, o que certamente refletirá na diminuição das dificuldades de compreensão dos pacientes. De todo modo, como o

médico não consegue prever o nível de entendimento de cada paciente, cabe ao mesmo fornecer informações de fácil entendimento e de modo claro a todos os pacientes.

Ademais, a informação devida concatenada à compreensão efetiva compõem a base de uma atuação profissional preventiva, já que não adere à obtenção de consentimento apoiado em aspectos simplesmente obrigacionais e legais (MEIRELES, 2019).

5.2.1 Aspectos da informação que facilitam a capacidade de assimilação

De fato, a falta de familiaridade com os termos técnicos da área de saúde pode dificultar a compreensão da informação pelo paciente. Por isso, os profissionais de saúde devem ter o cuidado de transmitir as informações de maneira clara, objetiva e em linguagem acessível ao entendimento de cada paciente.

O médico deve buscar ser compreendido e deve, por certo, adotar linguagem clara e de simples intelecção, com o fito de alcançar o entendimento. Se é verdade que aspectos técnicos são complexos para os que dominam as linguagens específicas, é consectário lógico que tal intercompreensão, além de complexidade, apresenta-se improvável. Afinal, o paciente tende a ser leigo (NOGUEIRA; SILVA, 2018, p. 104).

Segundo Paulo Fortes (1994), não há necessidade de que as informações prestadas sejam tecnicamente detalhadas, bastando que sejam leais, compreensíveis, aproximativas e inteligíveis para que a manifestação autônoma do sujeito seja garantida. Inclusive, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Brasil assegura, em seu artigo 3^o, a toda pessoa, no momento de atendimento de saúde, tanto público quanto privado, informações sobre seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível.

Consolidou-se o entendimento de que a informação deve ser prestada visando à compreensão pelo paciente, assim o jargão médico deve ser simplificado para possibilitar à pessoa leiga compreender a informação dada (BERGSTEIN, 2012). Algumas estratégias podem ser aplicadas para melhorar a compreensão das informações médicas pelos pacientes.

Luiz Santos (2015) sugere, dentre outras possibilidades, uma atitude atenciosa do médico, estimulando o questionamento por parte do paciente; comunicação mais clara e de fácil entendimento; ler as informações em voz alta e pedir para o paciente que repita o foi dito para assegurar o entendimento.

5.2.2 A necessidade da clareza da informação quanto à possibilidade de não adesão ao tratamento

O dever de informar do profissional de saúde, com a aferição da compreensão, não deixa de ser menos importante quando se refere à possibilidade de recusa do tratamento médico pelo paciente. É fundamental esclarecer a problemática em torno do reconhecimento do direito à recusa de tratamentos médicos, tendo em vista a proteção dada à vida.

Nesse diapasão, entende-se por tratamento médico “o conjunto de meios, de qualquer tipo, farmacológico, cirúrgico ou físico, que possui como finalidade a cura ou o alívio de uma enfermidade ou seus sintomas após a elaboração de um diagnóstico por profissional competente” (MEIRELLES; FERNANDES, 2019, p.111).

Mônica Aguiar e Ana Meireles (2018) destacam que historicamente os direitos fundamentais relacionados à existência humana, como a vida, a saúde e as integridades física e psíquica, foram considerados intangíveis e indisponíveis, tendo um caráter absoluto. No entanto, o estigma da intangibilidade conferido a esses bens jurídicos, passou a ser questionado, na medida em que eles estão relacionados a situações existenciais, a questões individuais, ao direito de exercer a autonomia (AGUIAR; MEIRELES, 2018).

Em âmbito nacional, o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal de 1988, mudou toda a configuração do ordenamento jurídico brasileiro, ao colocar a pessoa humana no centro do sistema jurídico. Concretizar a dignidade humana é conceder a cada indivíduo a liberdade plena para que construa sua própria vida, realize seus ideais, faça suas escolhas, da forma que entender necessária para a sua auto realização, uma vez que as concepções de cada um devem ser consideradas, já que o pluralismo faz parte do Estado Democrático de Direito (TEIXEIRA, 2018)

Assim, a materialização da dignidade passa necessariamente pela autonomia, ou seja, pelo respeito e promoção da forma como a pessoa deseja se expressar no mundo, considerando as suas escolhas e decisões e deixando-a livre para decidir sobre o que entende ser o melhor para sua vida (SANTOS, 2020). Desta forma, a dignidade tem por alicerce o direito à liberdade, isto é, o direito que a pessoa tem de fazer escolhas livres em sua vida, respeitando os direitos alheios.

Por isso, a autonomia nas situações existenciais deve ser protegida como instrumento de concretização da função pessoal e dos valores da dignidade humana,

de modo que sua restrição somente pode ocorrer de forma excepcional, desde que estejam presentes requisitos que comprovem concretamente a necessidade da referida limitação (CASTRO, 2017). Nas “questões de maior intimidade, o fio norteador exclusivo deve ser a autonomia privada, pois a vontade individual é a única legítima a guiar tais decisões, não a imposição do Estado ou de terceiros” (TEIXEIRA, 2018, p.96).

Nesse contexto, o art. 15 do Código Civil, ao prever que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”, deve ser lido em consonância com os valores da Constituição Federal, o que implica filtragem constitucional da expressão “com risco de vida”. Desta forma, “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” (MEIRELES; KUSTERER, 2020, p.79).

Isso porque a intervenção compulsória a tratamento médico determinado não é compatível com os princípios constitucionais, notadamente a dignidade da pessoa humana. Ademais, o conceito de saúde na atualidade é múltiplo, o que pressupõe o bem-estar físico, psíquico e social, de modo que cada pessoa vive o que entende ser saúde a sua própria maneira, sendo, portanto, um conceito pessoal, pois cada um constrói a sua vida de acordo com os seus valores (TEIXEIRA; SÁ, 2018).

Assim, a recusa terapêutica é um direito do paciente que tem por base os valores constitucionais. Ademais, o princípio da autonomia aplicado às questões de saúde também reconhece como legítima a recusa terapêutica em âmbito médico.

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 (MEIRELES; KUSTERER, 2020, p.87).

Por fim, Ana Meireles e Liliane Kusterer (2020) destacam que o reconhecimento do direito de recusa à submissão a tratamentos médicos é um movimento amplo e global, regulamentado por alguns países e que ultrapassa a fronteira estabelecida historicamente do caráter absoluto ou da total indisponibilidade do direito à vida. Entretanto, para que ocorra o exercício adequado deste direito, cabe ao médico informar, esclarecer e aferir a compreensão de seus pacientes.

5.3 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO E O SEU DEVER DE ZELAR PELA COMPREENSÃO DO PACIENTE ACERCA DO TRATAMENTO PROPOSTO

Como se pode verificar, não é possível tomar uma decisão no âmbito da saúde se a pessoa não tiver capacidade para entender a informação transmitida. Por isso, o cuidado dispensado à informação no sentido de que ela seja clara e adaptada ao nível de compreensão do paciente é sobremaneira imprescindível.

A capacidade de assimilação tem estrita relação com a qualidade da informação prestada. Nesse sentido, é importante que o profissional de saúde se atente ao uso de uma linguagem inteligível que possa ser facilmente assimilada pelo seu interlocutor, pois, caso contrário, pode vir a ser responsabilizado.

De tal dinâmica entre médico e paciente pode resultar, inclusive, a responsabilização civil do profissional de saúde pelos danos eventualmente causados, quando este falhar no seu dever de informar, impossibilitando o processo de compreensão do seu assistido.

Por oportuno, cabe ressaltar que a responsabilidade do médico pode existir no âmbito administrativo, penal e civil, de forma simultânea ou isoladamente. Eugênio Facchini e Luciana Eick (2015) destacam que no direito, a responsabilização do médico pela falha do dever de informação encontra respaldo no Código Civil (art. 15), no Código Penal (art.146, §3º, I) e no Código de Defesa do Consumidor (art. 6º, III, art. 9, 12,14, 30,31,36, 37,38 e 46).

Para Cavalieri Filho (2014), correlato ao direito de informação básico do consumidor, coexiste o dever de informar do fornecedor, o qual decorre do princípio da boa-fé objetiva, comumente traduzido como cooperação, lealdade, transparência, correção, probidade e confiança. Segundo o autor, tais elementos devem existir nas relações, bem como na atividade médica, juntamente ao dever de informar.

O Código de Ética Médica também traz previsão acerca da responsabilidade médica. O capítulo I, inciso XIX dispõe que “o médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência”. Ainda no capítulo III, que trata da responsabilidade profissional, encontra-se aduzido em seu art. 1º que “é vedado ao médico: Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”.

De forma geral, para se caracterizar a responsabilidade civil são necessários alguns pressupostos, a saber: comportamento voluntário, dano e nexo de causalidade

entre a ação humana e o dano. No caso de responsabilidade subjetiva, acrescenta-se a esses requisitos o elemento “culpa em sentido amplo”, que contempla a culpa em sentido estrito e o dolo.

A culpa em sentido estrito pode ser praticada por negligência, imperícia ou imprudência. Em estudo sobre o tema, Camila Vasconcelos (2020) explica que a conduta negligente é descrita por um “não fazer” por displicência, quando o médico, podendo e devendo agir, não o faz; já a conduta com imperícia traduz um “fazer” praticado sem observância de normas técnicas; por sua vez, a imprudência consiste em uma conduta praticada sem a cautela exigida e que poderia evitar o dano sofrido pelo paciente.

No que se refere ao profissional da medicina, a responsabilidade pressupõe ato médico, praticado com violação de um dever funcional, que a lei determina, pelo costume ou pelo contrato, que decorre de culpa e que causa dano (SÁ; NAVES, 2018). A regra geral da responsabilização civil do profissional médico é subjetiva, conforme evidencia o art. 951 do Código Civil e o art. 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

[...];

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

No que concerne à responsabilidade civil do médico pela falha no dever de informação, Miguel Kfourri Neto (2019, p. 276) alerta que “na eventualidade de o dano ter sido causado por negligência, imprudência ou imperícia do médico, normalmente se torna irrelevante discutir a qualidade da informação - que é um dever secundário de conduta”. No entanto, esclarece que, “quando a intervenção médica é correta – e não se informou adequadamente –, a questão se torna crucial. Nesse caso, a culpa surge pela falta de informação – ou pela informação incorreta. Não é necessária a negligência no tratamento” (KFOURI NETO, 2019, p. 276-277).

Nesse sentido, o Informativo de Jurisprudência nº 0632 do Superior Tribunal de Justiça adotou o entendimento de que a responsabilidade civil do médico em razão

da inobservância do seu dever de informar decorre da violação da autodeterminação do paciente, que não pôde escolher livremente submeter-se ou não a risco previsível, ainda que o dano causado não configure erro médico.

PROCESSO: REsp 1.540.580-DF, Rel. Min. Lázaro Guimarães (Desembargador Convocado do TRF 5ª Região), Rel. Acd. Min. Luis Felipe Salomão, por maioria, julgado em 02/08/2018, DJe 04/09/2018 RAMO DO DIREITO: DIREITO CIVIL, DIREITO DO CONSUMIDOR

TEMA: Responsabilidade civil do médico. Inadimplemento do dever de informação. Especialização da informação e de consentimento específico. Necessidade. Ofensa ao direito à autodeterminação. Dano extrapatrimonial. Configuração.

DESTAQUE: A inobservância do dever de informar e de obter o consentimento informado do paciente viola o direito à autodeterminação e caracteriza responsabilidade extracontratual.

INFORMAÇÕES DO INTEIRO TEOR: A controvérsia consiste em definir a responsabilidade civil decorrente da inobservância do dever de informação (falta ou deficiência) acerca de procedimento cirúrgico implementado em tratamento neurocirúrgico, que compromete o denominado consentimento informado - manifestação do direito fundamental de autodeterminação do paciente. Registre-se que, inexistente no ordenamento jurídico brasileiro qualquer norma que imponha o consentimento escrito do paciente, expresso em documento assinado. Diante da inexistência de legislação específica para regulamentação do dever de informação e do direito ao consentimento livre e informado na relação médico-paciente, o Código de Defesa do Consumidor é o diploma que reúne as regras capazes de proteger o sujeito em estado de vulnerabilidade e hipossuficiência, a partir de uma visão da relação contratual, com prevalência do interesse social. Nesse sentido, consoante dispõe o art. 6º, III, do CDC, caracterizada a relação de consumo, o dever de informar pode assumir caráter de direito básico, principal, denominado pela doutrina como dever instrumental, de conduta, dever de proteção ou deveres de tutela. Além disso, no âmbito do direito do consumidor, serão indenizados os danos causados por produto ou serviço defeituoso. A ausência do consentimento informado será considerada defeito tendo em vista a "falta ou insuficiência de instruções sobre a correta utilização do produto ou serviço, bem como sobre riscos por ele ensejados". A falta de segurança pode decorrer da falta de informação da periculosidade de serviço que o consumidor não tenha sido advertido dos riscos a serem suportados. Nesse rumo de ideias, de extrema importância esclarecer que o dano indenizável, não é o dano físico, a piora nas condições físicas ou neurológicas do paciente. Todavia, este dano, embora não possa ser atribuído à falha técnica do médico, poderia ter sido evitado diante da informação sobre o risco de sua ocorrência, que permitiria que o paciente não se submetesse ao procedimento. O dano indenizável é, na verdade, a violação da autodeterminação do paciente que não pôde escolher livremente submeter-se ou não ao risco previsível. Deste modo, pelos critérios tradicionais dos regimes de responsabilidade civil, a violação dos deveres informativos dos médicos seria caracterizada como responsabilidade extracontratual.

Outro aspecto que merece atenção é a classificação da responsabilidade civil em responsabilidade contratual e responsabilidade extracontratual. A responsabilidade contratual decorre de um vínculo de contrato, que surge pelo descumprimento das condições e cláusulas firmadas no contrato, com fundamento jurídico no artigo 389 do Código Civil.

No entanto, cabe destacar nem toda responsabilidade civil contratual se tem por fundamento os limites, que foram contratualmente acordado entre as partes, na medida em que pode ser fundamentado no descumprimento de deveres anexos, de determinações éticas, regulamentações administrativas e previsões constitucionais, que muitas vezes não foram previstas expressamente no contrato (NOLDIN, 2019).

A responsabilidade extracontratual, também conhecida como aquiliana, provém de um dever de reparar que foi determinado por lei, sem que o dano tenha se originado em contrato previamente firmado entre as partes, com fundamento jurídico no artigo 186 e 927 do Código Civil.

Em relação ao objetivo das obrigações assumidas, a doutrina pátria costuma dividi-las em duas classes: obrigação de meio e obrigação de resultado. Na primeira, a obrigação é cumprida quando se presta adequadamente os serviços prometidos; já na obrigação de resultado, a obrigação é cumprida quando se adimple o resultado prometido. A posição majoritária da doutrina entende que a obrigação de meio é a regra geral na seara médica, pois o médico assume a obrigação de exercer sua profissão com cuidado e diligência, não se comprometendo com a obtenção de um determinado resultado (SÁ; NAVES, 2018).

De todo modo, qualquer que seja a classificação da responsabilidade civil, o ponto essencial é análise de como o comportamento do profissional contribuiu para o prejuízo sofrido pelo paciente. Ademais, não se pode falar em responsabilidade civil e conseqüente dever de indenizar se não houver dano, seja de ordem patrimonial ou extrapatrimonial.

Um dano sofrido pelo paciente em razão do descumprimento do dever de informar do médico é caracterizado, em geral, como dano extrapatrimonial de ordem moral, pois afeta a esfera íntima do doente, por suprimir a sua autonomia, autodeterminação ou liberdade (NOLDIN, 2019).

Assim, discute-se muito na seara da responsabilidade civil do médico a sua falha no dever de informar as questões relacionadas à ausência ou às deficiências de informações devidas ao paciente – aspectos que certamente comprometem o consentimento informado. Tome-se, por exemplo, a ausência de informações sobre as conseqüências possíveis advindas de uma determinada cirurgia ou tratamento, que podem ocasionar responsabilização médica.

No entanto, uma outra questão merece reflexão. Caso o médico tenha prestado as informações necessárias, mas não fez uso de uma linguagem clara e acessível ao

nível de entendimento do paciente, prejudicando a sua compreensão e causando-lhe dano, neste caso, poder-se-ia pensar em responsabilização civil médica?

Para tentar responder a indagação posta, faz-se necessário lembrar qual o objetivo da informação. O propósito da informação é prover o paciente com elementos que lhe permitam conhecer sua realidade e, a partir disso, capacitá-lo a fazer escolhas conscientes. A informação tem por finalidade fornecer ao paciente os elementos necessários e importantes, de maneira clara e adequada ao seu nível de compreensão, para que este tenha condição de decidir, após devidamente esclarecido (FACCHINI NETO; EICK, 2015).

Segundo Cavaliere Filho (2018), o dever de informar se manifesta em diferentes níveis, que vai, desde o dever de esclarecer, perpassa o dever de orientar, podendo chegar até mesmo ao dever de advertir, a depender da gravidades dos riscos envolvidos. Assim, o dever de informar do médico tem natureza instrumental, na medida em que tem por finalidade esclarecer devidamente o paciente, para que este faça sua escolha de forma ciente e consciente de todo o contexto (FACCHINI NETO; EICK, 2015).

Nesse diapasão, Paulo Jorge (2013) afirma que são três as fases do consentimento: informação, confirmação do esclarecimento e o consentimento, de modo que ao longo dessa cadeia dialética deva existir a obrigação de averiguar se o paciente entendeu as explicações que lhe foram transmitidas.

De facto, uma vez que a informação visa justamente o esclarecimento do paciente, ela terá de ser posteriormente “certificada”, pois que, se o médico não confirmar se o paciente ficou cabalmente esclarecido, a informação ficará totalmente esvaziada de conteúdo, perdendo sua razão de ser – e passando assim o consentimento a enfermar de invalidez, tal como se não tivesse existido qualquer informação (ROSA, 2013, p. 18).

Será que o médico cumpre o seu dever de informar simplesmente transmitindo as informações necessárias ao paciente, sem aferir se a mesma foi apreendida? Qual a serventia de uma informação não compreendida pelo paciente? De posse dessa informação o paciente tem condição de decidir? E caso decida, se vier a fazer a opção equivocada, tendo o médico podido esclarecer devidamente, pode responder pelo dano causado? São questionamentos que precisam ser refletidos.

Com efeito, a informação, para ser válida no processo de tomada de decisão, necessita ser compreendida pelo paciente. Claro que o médico não pode assegurar a absoluta compreensão do doente, pois isso é um processo pessoal de cada indivíduo.

Entretanto, é dever do profissional de saúde criar condições que facilitem a assimilação do conteúdo pelo paciente. E, ante a falta de uma postura zelosa que, em vez de facilitar a compreensão do paciente, dê causa ao seu alheamento, provocando-lhe um dano, deve sim o médico responder pelo descumprimento de suas obrigações.

Vale ressaltar que o ônus da prova no que concerne ao cumprimento do dever de informar é sempre do médico ou hospital (CAVALIERI, 2010). Nesse mesmo sentido, entende Eugênio Facchini Neto e Luciana Eick (2015), ao explicar que no caso específico do dever de esclarecer e obter consentimento informado, o ônus da prova é do médico.

6 CONCLUSÃO

Seria um equívoco o exame da autonomia de maneira isolada, totalmente dissociada da realidade e da complexidade presentes no cotidiano do paciente. Em verdade, a constatação da existência de uma autonomia alheia ao contexto no qual o paciente está inserido pode não revelar um indivíduo verdadeiramente autônomo, já que fatores de ordem pessoal, social, econômico, entre outros, muitas vezes apresentam-se como condição que reduz ou impossibilita o poder de autodeterminação da pessoa.

Além disso, também a falta de compreensão do paciente no processo de tomada de decisão representa um fator de vulnerabilidade, por prejudicar o seu atuar de forma consciente. Logo, é interessante perceber que a autonomia e a vulnerabilidade devem ser consideradas em conjunto, já que não seria possível o exercício pleno da autonomia sem que fossem consideradas as vulnerabilidades do paciente. Afinal, a verdadeira autonomia não ocorre através da mera garantia formal do direito de declarar à vontade.

Nas relações de saúde, pode-se perceber que a manifestação de autonomia do paciente necessita vir acompanhada da sua real capacidade de compreensão. A compreensão é uma condição essencial para que a autonomia se sustente, na medida em que somente constrói pensamentos válidos e autênticos aquele que se encontra apto a exercer a sua habilidade de tomar decisões livremente e que de fato reflitam a sua vontade.

As vulnerabilidades funcionam como obstáculos ao processo de compreensão. Sendo assim, cabe ao profissional de saúde buscar meios de procurar viabilizar uma participação efetiva do assistido em seu processo terapêutico, posto que as vulnerabilidades podem ser contornadas através de um diálogo esclarecedor com o fornecimento de informações pertinentes.

A tutela da autonomia do paciente requer a participação do profissional da medicina, no sentido de fornecer a informação devida e suficiente para uma tomada de decisão consciente. O poder de escolha somente poderá ser exercido com real liberdade se o paciente receber a informação clara e adequada sobre os dados e as possibilidades de tratamento que o permitam chegar ao entendimento.

Destaca-se também que a informação faz parte do processo de comunicação que deve existir entre médico e paciente, onde a interação, o esclarecimento e a

compreensão também devem estar presentes. A prática clínica necessita ter como foco o paciente – este como sujeito de uma relação dialógica, em que haja uma troca saudável, considerando as suas singularidades.

Não é possível ao médico certificar a capacidade de compreensão do paciente, por ser esta uma habilidade ligada à esfera subjetiva do ser. Mas é dever do médico informar, esclarecer, assistir, aconselhar, deveres que quando inobservados pode gerar a responsabilidade civil do profissional, por violação à autodeterminação do paciente, por lhe ter sido retirada a oportunidade de ponderar os riscos e vantagens de determinado tratamento, ainda que o dano provocado não tenha sido praticado por prática médica equivocada.

Por sua vez, um atendimento singular e individualizado oferecido pelo profissional de saúde, com toda certeza, facilita a compreensão para o exercício da autonomia. A simetria tão almejada na relação médico-paciente fica mais próxima de ser alcançada a partir da transmissão da informação acurada pelo profissional de saúde e da devida compreensão pelo paciente, pois assim o paciente terá real poder de escolha sobre as decisões que afetam a sua própria saúde e o seu corpo.

Destarte, cabe registrar que a atuação íntegra e ética do profissional de saúde não se trata de um favor conferido ao paciente, mas sim de uma obrigação legal e moral que decorre do ordenamento jurídico brasileiro e dos anseios da sociedade contemporânea, que exige que as pessoas atuem umas com as outras com transparência, colaboração, lealdade, respeito e consideração.

Em uma sociedade que tem como fundamentos da República a dignidade da pessoa humana e o pluralismo democrático, e que tem também por objetivo a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, não há espaço para comportamentos que desrespeitem a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano. Logo, no âmbito específico da relação médico-paciente, onde o profissional de saúde não foge de seus deveres constitucionais e éticos, também deve estar presente a conduta médica de transmitir corretamente a informação devida ao paciente e verificar a compreensão por parte de seu assistido.

Tal proceder propicia relações harmônicas entre os sujeitos, o que por sua vez previne a ocorrência de conflitos que possam gerar ações judiciais e abarrotar ainda mais o Poder Judiciário. Em verdade, a não compreensão da informação é um problema que, além de afetar o exercício da autonomia, é causa de inúmeras proposituras de demandas judiciais que visam a responsabilizar os profissionais de

saúde. Destarte, tal binômio (informação *versus* compreensão) pode constituir a chave por meio da qual se pode abrir várias portas para a solução de diversos problemas relacionados à responsabilidade civil nesta área.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. Autonomia e capacidade sanitária: proposta de arcabouço teórico-normativo. **Revista de Bioética y Derecho**, n.43, p. 193-209. 2018. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n43/1886-5887-bioetica-43-00193.pdf> Acesso em: 03 de outubro de 2021.

ALBUQUERQUE, Raylla; GARRAFA, Volnei. Autonomia e indivíduos sem a capacidade para consentir: o caso dos menores de idade. **Revista Bioética**. Brasília. v.24, n.3, p. 452- 458, 2016. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288 Acesso em: 01 setembro de 2021.

AGUIAR, Mônica. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. **Revista Brasileira de Bioética**. Volume 9, p.232– Suplemento 2013. Disponível em: <https://rbbioetica.files.wordpress.com/2014/11/anais-do-x-congresso-brasileiro-de-bioc3a9tica-20131.pdf> Acesso em 06 de outubro de 2021.

AGUIAR, Mônica Neves; COSTA, Jessica Hind Ribeiro. Uma análise bioética da relação paciente-médico à luz do arquétipo da alteridade. **Revista Brasileira de Direito Animal**, Salvador, v.15, n.01, p. 76-41, Jan-Abril 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/36238/20828> Acesso em 03 de outubro de 2021.

ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 03, p. 537-548, 2010. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/582/589 Acesso em 06 de outubro de 2021.

ALMEIDA JÚNIOR, Oswaldo Francisco de. Mediação da informação e múltiplas linguagens. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**. Brasília, v.2, n.1, p. 89-103, 2009. Disponível em: <https://revistas.ancib.org/index.php/tpbci/article/view/170/170> Acesso em 03 de setembro de 2021.

_____. A protoinformação como base do fazer dos equipamentos informacionais. **XI Encuentro de la asociación de educación e investigación de la información de Iberoamérica e el Caribe**. Universidad de Antioquia. 2018, p. 1-9. Disponível em: http://enancib.marilia.unesp.br/index.php/EDICIC_2018/EDICIC_2018/paper/viewFile/1702/1924 Acesso em 04 de setembro de 2021.

ALVARENGA, Juliana Mendonça; TORRES, Carolina Tavares Bezerra; AZEVEDO, Débora Cunha. Consentimento informado em ambiente hospitalar para pessoas desprovidas de discernimento, à luz do Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SOUZA, Iara Antunes de (Coordenadores). **Direito e Medicina**. Indaiatuba: Foco, 2018, p.133-159.

ÀLVAREZ, Silvina. La autonomia personal y la autonomía relacional. **Análisis Filosófico**, Buenos Aires, v. 35, n.01, p.13-26, Maio 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3400/340042261002.pdf> Acesso em 03 de setembro de 2021

ANJOS, Márcio Fabri dos. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 173-185, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7967/6539> Acesso em 03 de outubro de 2021.

BAEZ, Narciso Leandro Xavier; LIMA, Germano Alves de. Os limites da autonomia privada em face da perspectiva civil-constitucional. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, Belo Horizonte, ano 10, n.34, p. 115-131, jan/jun.2016. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/80/9> Acesso em 03 de outubro de 2021.

BARBOZA, Heloisa Helena. Responsabilidade civil em face das pesquisas em seres humanos: efeitos do consentimento livre e esclarecido. In MÖLLER, Letícia Ludwig (Org.) **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 205-234.

BARBOSA, Swedenberger do Nascimento. A participação brasileira na construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 4, p. 423-436, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8011/6575> Acesso em 03 de outubro de 2021.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad.: Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola; 2002.

BELTRÃO, Silvio Romero. O consentimento informado e sua dinâmica na relação médico-paciente: natureza jurídica, estrutura e crise. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação DIREITO/UFRGS**, v.9, n.2, p. 1-26, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ppgdir/article/view/50162> Acesso em 07 de novembro de 2021.

BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. 2012. 271 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/publico/OS_LIMITES_DO_DEVER_DE_INFORMACAO_NA_RELACAO_MEDICO_PACIENTE_Bergstein.pdf Acesso em 16 de agosto de 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 11 maio de 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em 19 de maio de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do

consumidor e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm Acesso em 12 de setembro de 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm Acesso em 14 de setembro de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
 Acesso em 18 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 Acesso em 03 de outubro de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Informativo de Jurisprudência 2018.** Disponível em:
<https://www.stj.jus.br/publicacaoinstitucional/index.php/informjurisdata/article/view/3895/4121> Acesso em 18 de novembro de 2021.

BURLÁ, Cláudia; PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo; NUNES, Rui. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p.85-93, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/kjBjVtHF4qHT7s4VX5FtR8r/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso em 03 de outubro de 2021.

CAETANO, Rodrigo; GARRAFA, Volnei. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Revista Bioética**. Brasília. v.22, n. 1, p. 34-44, 2014. Disponível em:
https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/881/970
 Acesso em 06 de outubro de 2021.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 15, n.3, p. 647-654, 1999. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/4DbnYJBFqM3XV5N5px9jL5C/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso em 03 de outubro de 2021.

CASABONA, Carlos María Romeo. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In: CASABONA, Carlos María Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (Coordenadores). **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. Belo Horizonte: DelRey, 2005, p. 128-172.

CASTRO, Caroline Fernandes de; QUINTANA, Alberto Manuel; OLESIAK, Luísa da Rosa; MÜNCHEN, Mikaela Aline Bade. Termo de consentimento livre e esclarecido

na assistência à saúde. **Revista Bioética**, v. 28. N.3, 2020, p. 522-530. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/nSNCdJq7zx8FynjmV7m9fqh/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 12 de setembro de 2021.

CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de. A função da cláusula de bons costumes no Direito Civil e a teoria tríplice da autonomia privada existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil- RBDCivil**, Belo Horizonte, v. 14, p. 99-125, 2017. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/168> Acesso em 03 de outubro de 2021.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. A responsabilidade médica e o dever de informar. **Revista da EMERJ**. Rio de Janeiro. v.7, n.28, 2004. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista28/revista28_81.pdf Acesso em 13 de novembro de 2021.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Responsabilidade por omissão. **Revista da EMERJ**. Rio de Janeiro. v.20, n.3, p. 13-23, 2018. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista_v20_n3/versao-digital/13/#zoom=z Acesso em 10 de novembro de 2021.

CLOTET, Joaquim. O respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, p.432 - 435, 2009. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/705852/o-respeito-%C3%A0-autonomia-e-aos-direitos-dos-pacientes> Acesso em 06 de outubro de 2021.

CLOTET, Joaquim. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. **Revista Bioética**. Brasília. v.3, n.1, p.51-59, 1995. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/430 Acesso em 03 de outubro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Iniciação à Bioética**. 1. ed. Conselho Federal de Medicina: Brasília (DF); 1998. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/inicio%20%20biotica.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.. **Recomendação CFM nº 1, de 21 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf Acesso em 12 de setembro de 2021.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; MONTAGNER, Miguel Ângelo. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: perspectivas de ação moral diante das

macrodesigualdades sociais e a saúde. **Revista Brasileira de Bioética**, v.14, p. 1-17, 2018. Disponível em:
<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/24009/21400> Acesso em 03 de outubro de 2021.

COSAC, Danielle Cristina dos Santos. Autonomia, consentimento e vulnerabilidade do participante de pesquisa clínica. **Revista Bioética**. Brasília. v.25, n. 1, p. 19-29, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/NLVytLDgkv8z6x8tSRH4YBP/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em 14 de setembro de 2021.

DANTAS, Eduardo Vasconcelos dos Santos. **Direito médico**. 3. ed. Rio de Janeiro: GZ, 2014.

DIAS, José Aguiar. **Da responsabilidade civil**. 12. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FACCHINI NETO, Eugênio; EICK, Luciana Gemelli. Responsabilidade civil do médico pela falha no dever de informação, à luz do princípio da boa-fé objetiva. **Revista da AJURIS**. Porto Alegre, v. 42, n. 138, p. 51-86, 2015. Disponível em:
<http://ajuris.kinghost.net/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/553> Acesso em 10 de novembro de 2021.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil – Contratos -Teoria Geral e Contratos em espécie**. 11 ed. Salvador: Editora Jus Podivm, 2021.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Direito Civil – Teoria Geral**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris 2010.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Direito Civil – Teoria Geral**. 19ª ed. Salvador: Editora Jus Podivm, 2021.

FARIAS, Edmilsom Pereira de. **Liberdade de expressão e comunicação: teoria e proteção constitucional**. 2001. Tese. (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis. Orientador: Prof. Silvio Dobrowolski. Disponível em
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/79426/182787.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 22 de agosto de 2021.

FERRER, José Jorge; ÁLVAREZ, Juan Carlos. Tradução de Orlando Soares Moreira. **Para fundamentar a bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Revista Bioética**. Brasília. v.2, n. 2, p. 129-135, 1994. Disponível em:
https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/458/341
Acesso em 04 de setembro de 2021.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GAFO, Javier Fernández. **10 palavras chave em bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1996.

GARRAFA, Volnei. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v.20, n.1, p. 9-20, 2012. Disponível em https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/711 Acesso em 03 de outubro de 2021.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97 Acesso em 12 de setembro de 2021.

GARRIDO, Ainoa Biurrun; ÍÑIGUEZ, Carme Perelló; TEGEDOR, Bárbara Vidal. El principialismo bioético en la humanización de la asistencia al parto. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n.8, p.1-12, 2018. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/8845> Acesso em 06 de outubro de 2021.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: origens e complexidade. **Revista HCPA**. Porto Alegre. Vol. 26, n. 2, (2006), p. 86-92. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/complex.pdf> Acesso em 06 de outubro de 2021.

GOLDIM, José Roberto. Consentimento e informação: a importância da qualidade do texto utilizado. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 117-122, 2006. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/164736> Acesso em 25 de agosto de 2021.

GOLDIM, José Roberto. **Modelos explicativos utilizados em Bioética**. 2002. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/modelos.htm> Acesso em 11 de setembro de 2021.

GOLDIM, José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. **Revista AMRIGS**. Porto Alegre, 46, (3,4): 109-116, jul.-dez.2002. Disponível em: <https://studylibpt.com/doc/5084574/o-consentimento-informado-numa-perspectiva-al%C3%A9m-da> Acesso em 06 de outubro de 2021.

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Modelos de relação médico-paciente**. 1999. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm> Acesso em 19 de fevereiro de 2021.

GONZÁLEZ, Miguel Ángel Sánchez. El Consentimiento Informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. **Cuadernos del Programa Regional de Bioética**, Santiago de Chile, n.2, 1996, p. 77-92 Disponível em: <https://pdf4pro.com/amp/cdn/el-consentimiento-informado-un-derecho-del-enfermo-2149d1.pdf> Acesso em 16 de agosto de 2021.

GOTTSCHELL, Carlos Antonio Mascia. Medicina hipocrática: antes, durante e depois. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2007, p.7-64. Disponível em: https://cremers.org.br/conteudos/livros_e_cartilhas/medicina_hipocratica.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética**: metas e desafios. São Paulo: São Camilo; Loyola, 2010.

GRECCO, Dante. Estetoscópio: a invenção de um símbolo. In: GIRARDI, G. (Ed). **Scientific American Brasil**. Especial História: Nascimento da Medicina Moderna. Coleção História da Ciência. n.5, São Paulo: Dueto Editorial, 2006.

GUIMARÃES, Maria Carolina S; NOVAES, Sylvia Caiuby. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Revista Bioética**. Brasília. v.7, n.1, p.1-3, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288 Acesso em 01 de setembro de 2021.

GUSMÃO, Sebastião. História da Medicina: evolução e importância. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**. 15(1), 5-10, 2004. Disponível em: <https://jbnc.emnuvens.com.br/jbnc/article/download/467/401> Acesso em 06 de outubro de 2021.

HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da Bioética - a Vulnerabilidade. **Revista Bioethikos**, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/68/41a51.pdf> Acesso em 09 de setembro de 2021.

INAGAKI, Rosana Kasumi; YAMAGUCHI, Miriam Harumi; KASSADA, Danielle; MATSUDA, Laura Misue; MARCON, Sonia Silva. A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7. p.1-4, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20802/pdf> Acesso em 06 de outubro de 2021.

JUNGES, José Roque. Exigências éticas do consentimento informado. **Revista Bioética**. Brasília. v.15, n. 1, p. 77-82, 2007. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/32/35 Acesso em 02 de setembro de 2021.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Martin Claret, 2018.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 10^a ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

LEITE, Renata Antunes de Figueiredo. **Direito à informação em saúde: análise do**

conhecimento do paciente acerca de seus direitos. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Orientadora Prof^a. Carla Aparecida Arena Ventura. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-16112010-110825/publico/RenataAntunesdeFigueiredoLeite.pdf> Acesso em 03 de setembro de 2021.

LEITE, Renata; VENTURA, Carla; CARRARA, Bruna. Direito à informação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2018 abr./jun, 7(2):205-232. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/486> Acesso em 03 de setembro de 2021.

LOPES, Antônio Carlos. **A importância da relação médico-paciente.** Escolas Médicas do Brasil, 2012. Disponível em: <https://www.escolasmedicas.com.br/news-detalle.php?blog=2387> Acesso em 16 de fevereiro de 2021.

LOPES JÚNIOR, Dalmir. Autonomia, confiança e boa-fé - um diálogo entre a bioética e os princípios do contrato. In: Encontro Nacional do CONPEDI, 2012, Uberlândia. **Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012. p. 795-821. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/?evento=37> Acesso em 09 de setembro de 2021.

LORENZO, Cláudio. O consentimento livre e esclarecido e a realidade do analfabetismo funcional no Brasil: uma abordagem para a norma e para além da norma. **Revista Bioética**. v. 15, n.2, p. 268-280, 2007. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/47 Acesso em 06 de outubro de 2021.

LOURENÇO, Edvaldo. **Bioética**. 2014. Disponível em: <https://www.recantodasletras.com.br/artigos-de-educacao/4791695> Acesso em 11 de setembro de 2021.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. **Jurisprudência Argentina**, 2008. Disponível em: https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.1.%20Luna%2C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf Acesso em 15 de mai.2021.

LYBIO, Martire Júnior. História da Medicina. **Revista Ser Médico**. Edição 63, p. 36-38. Abr/mai/jun 2013. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=673> Acesso em 06 de outubro de 2021.

MACHADO, Isis Layne de Oliveira; ALBUQUERQUE, Aline. Papel do Estado quanto à vulnerabilidade e proteção de adultos com deficiência intelectual **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.8, n.1, p.65-79, 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/510/572> Acesso em 06 de outubro de 2021.

MAIA, Maurilio Casas. **O direito à informação e as responsabilidades decorrentes da relação entre o médico e o paciente**. 2011. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa. Orientador: Prof. Dr. Fernando Antônio de Vasconcelos. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/4447/1/arquivototal.pdf> Acesso em 22 de agosto de 2021.

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/index.php/revista_bioetica/article/view/41/44 Acesso em 06 de outubro de 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza. **Medicina e Direito: Informação e Compreensão como pressupostos fundamentais à interface harmônica**. 2019. CVMed. Disponível em: <http://cvmed.com.br/2019/09/16/medicina-e-direito-informacao-e-compreensao-como-pressupostos-fundamentais-a-interface-harmonica/> Acesso em 30 agosto de 2021.

MEIRELES, Ana Thereza. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: **Anais do XXVII Encontro Nacional do CONPEDI**. Salvador: CONPEDI, 2018, p. 8-24. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe3ObVLU.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2021.

MEIRELES, Ana Thereza. AGUIAR, Mônica Neves. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**. Salvador. V.13, n. 01, p. 123-147, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/26220> Acesso em 29 de agosto de 2021.

MEIRELES, Ana Thereza; ALEGRIA, Livia. A conformação protetiva dos direitos fundamentais em pesquisas científicas com seres humanos: um olhar face aos fundamentos da autonomia e vulnerabilidade. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. V. 7, n.2, p. 215-238, 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/488/546> Acesso em 03 de outubro de 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza; FERNANDES, Lyellen. A recusa a tratamento médico por convicção religiosa e a teoria do menor maduro: uma análise à luz do sistema jurídico brasileiro. **Revista Científica da FASE**. p.109-133. 2019. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2019/21/a_recusa_a_tratament_o_medico_por_conviccao_religiosa_e_a_teorias_do_menor_maduro.pdf Acesso em 07 de setembro de 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. **Caderno Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. V. 10, n.1, p. 149-164, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/645>

Acesso em 03 de outubro de 2021.

MEIRELES, Ana Thereza; FERREIRA, Jemya Jandiroba. Responsabilidade civil médica por dano iatrogênico à luz da boa-fé objetiva: uma análise da conformação do direito à informação. **RJLB - Revista Jurídica Luso-Brasileira**, v. 6, p. 213-252, 2020. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/3/2020_03_0213_0252.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

MEIRELES, Ana Thereza; KUSTERER, Liliane Lins. Pressupostos fundamentais da recusa a tratamento médico na assistência à saúde. **Revista da AGU**, Brasília, v.19, n.04, p. 69-90, 2020. Disponível em: <https://seer.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/2700/2175> Acesso em 06 de setembro de 2021.

MEIRELES, Ana Thereza; SILVA, Mônica Neves Aguiar da. Prática médica e diretivas antecipadas de vontade: uma análise ético-jurídica da conformação harmônica entre os pressupostos autonomia e alteridade. **Revista Jurídica Cesumar**, v.17, n.3, p. 715-739, set./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/5686/3095> Acesso em 03 de outubro de 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza; SILVA, Tagore Trajano de Almeida. A informação genética diagnóstica em procriação sob o argumento do direito à saúde e a preservação da naturalidade do patrimônio genético em face do pressuposto da alteridade. **Revista Jurídica Luso Brasileira**, v. 4, n.4, p.101-128, 2018. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2018/4/2018_04_0101_0128.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

MELLO, Daisy Giffoni de. **A vulnerabilidade e suas relações com a autonomia e a pesquisa com seres humanos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Orientador Prof.^a Marlene Braz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/5434/2/1033.pdf> Acesso em 30 de agosto de 2021.

MELO, Daisy Giffoni de; BRAZ, Marlene. Vulnerabilidade, autonomia e ética em pesquisa. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 9, n.1-2, p.49-68, 2008. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7873> Acesso em 06 de outubro de 2021.

MENEZES, Renata Oliveira Almeida. O paciente em fim de vida como titular dos direitos da personalidade. **Revista Jurídica Luso – Brasileira**, ano 4, n. 6, p. 39-70, 2018. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2018/6/2018_06_0039_0070.pdf Acesso em 13 de novembro de 2021.

MENEZES, Renata Oliveira Almeida. **O direito ao livre desenvolvimento da personalidade e a tutela da vontade do paciente terminal**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife.

Orientador Prof. Dr. Sílvio Romero Beltrão. Disponível em:
<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/22588/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20RENATA%20OLIVEIRA%20-%20DEFINITIVA.pdf> Acesso em 16 de novembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html Acesso em 12 de setembro de 2021.

MIRAGEM, Bruno. Responsabilidade Civil Médica no direito brasileiro. P. 62. In: MARQUES, Cláudia Lima. **Revista de Direito do Consumidor**. N.63 (julho-setembro 2007). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007, p. 52-91.

MIRANDA, Felipe Arady. O direito fundamental ao livre desenvolvimento da personalidade. **Revista do Instituto do Direito Brasileiro**. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. N. 10. P. 11176-11211. Ano 2. Lisboa, 2013. Disponível em:
https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2013/10/2013_10_11175_11211.pdf Acesso em 16 de novembro de 2021.

MORAES, Maria Celina Bodin de; CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. **Pensar, Fortaleza**, v.19, n.3, p. 779-818, 2014. Disponível em:
https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/3433/pdf_1 Acesso em 06 de outubro de 2021.

MORAIS, Inês Motta de. Vulnerabilidade do doente *versus* autonomia individual. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 2), p.331-336, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hhp3jNdCMN4W5WsGpQLQD7d/?lang=pt> Acesso em 06 de outubro de 2021.

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de; MONTEIRO, Pedro Sadi. Conceito de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**, v.25, n.2, p. 311-319, 2017. Disponível em:
https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1337 Acesso em 06 de outubro de 2021.

MOUREIRA, Diogo Luna. O reconhecimento e a legitimação da autonomia privada aplicada ao biodireito. In: XVI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI. **Anais do XVI Congresso Nacional do CONPEDI**. Belo Horizonte: CONPEDI, 2007, p. 92-118. Disponível em:
http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/diogo_luna_moureira.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

MUSSEN, P.H. **Desenvolvimento e personalidade da criança**: Harbra, 1988.

NASCIMENTO JÚNIOR, Pierre Góis do; GUIMARÃES, Teresinha Maria de Macêdo. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Revista Bioética**, v. 11, n.01, p.101-112, 2003. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/152 Acesso em 06 de outubro de 2021.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; RAWICZ, Luciana Araújo; MORAES, Vivian Lacerda. A influência do ambiente hospitalar sobre as autonomias de pacientes e de profissionais de saúde. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SOUZA, Iara Antunes de (Coordenadores). **Direito e Medicina**. Indaiatuba: Foco, 2018, p.77-92.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. V. 2, n.2, 2006, p. 157-172. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966/6538> Acesso em 06 de outubro de 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. A fundamentação antropológica da Bioética. **Revista Bioética**. Brasília, v.4, n.1, p. 7-16, 1996. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/392/355 Acesso em 06 de outubro de 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Repensar a ética Hipocráticas: A evolução da ética Médica e o surgimento da Bioética. **Cadernos de Bioética**. Porto, v.26, p.5-20, 2001. Disponível em: https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/Repensar_a_%C3%89tica_Hipocr%C3%A1tica.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão; SOARES, Jorge. O paciente como pessoa. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; SOARES, Jorge (Orgs). **Ética Aplicada: Saúde**. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 2018. Índice, p.8-28.

NILO, Alessandro Timbó. **A relação paciente-médico para além da perspectiva consumerista: uma proposta para o contrato de tratamento**. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) –Universidade Federal da Bahia- UFBA, Salvador. Orientadora Prof^a. Mônica Neves Aguiar da Silva. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/30645/1/ALESSANDRO%20TIMB%c3%93%20NILO.pdf> Acesso em 08 de setembro de 2021.

NILO, Alessandro Timbó; SILVA, Mônica Neves Aguiar da. A relação paciente-médico: por uma nomenclatura bioética. **Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas Santo Ângelo**, v. 19, n.35, set./dez.2019, p.79-107. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/322640856.pdf> Acesso em 06 de outubro de 2021.

NOGUEIRA, Roberto Henrique Pôrto; SILVA, Leila Bitencourt Reis da. Por uma concepção dialógica da relação médico-paciente no tratamento psiquiátrico a partir da ideia dos juízos degradantes das capacidades do indivíduo de Elizabeth Anderson In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SOUZA, Iara Antunes de (Coordenadores). **Direito e Medicina**. Indaiatuba: Foco,

2018, p.103-120.

NOLDIN, Pedro Henrique Piazza. **Dever de informação do médico: responsabilidade civil pela invalidade do consentimento do paciente**. 2019. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, 2019. Disponível em: <https://www.univali.br/Lists/TrabalhosMestrado/Attachments/2599/Pedro%20Henrique%20Piazza%20Noldin.pdf> Acesso em 17 de agosto de 2021.

NUNES, Rui. **Ensaio em bioética**. Brasília: CFM; 2017, p. 7-199. Disponível em: https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue-9425be43ba92c2b4454ca7bf602efad8.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Quintino de; OLIVEIRA, Euder Quintino; OLIVEIRA, Pedro Bellentani Quintino. Autonomia da vontade do paciente x autonomia profissional do médico. **Relampa**, v. 26, n. 2, p. 89-97, 2013. Disponível em: <https://jca.org.br/jca/article/download/2483/2485/> Acesso em 06 de outubro de 2021.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Brasília: Unesco; 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf Acesso em 06 de outubro de 2021.

OSMAN, Elzahrã; FLORIANO, Juliana; LUNARA, Natasha. **Revista Brasileira de Bioética**. Brasília. v.12, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7668/6326> Acesso em 09 de agosto de 2021.

PACHECO, Eliana Guimarães; VIEIRA, Marcelo de Mello; SILLMANN, Marina Carneiro Matos. Analfabetismo funcional e relação médico-paciente: reflexões sobre seus impactos no consentimento informado. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SOUZA, Iara Antunes de (Coordenadores). **Direito e Medicina**. Indaiatuba: Foco, 2018, p.121-131.

PAULA, Eurípedes Simões de. As origens da medicina: a medicina no Antigo Egito. **Revista de História da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.25, n.51, 1962, p.13-48. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/121683/118577> Acesso em 06 de outubro de 2021.

PAZINATTO, Márcia Maria. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**. Brasília. v.27, n.2, p.234 -243, 2019. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1884/2078 Acesso em 06 de outubro de 2021.

PEDROSA, Laurício Alves Carvalho. Ética da Alteridade e Respeito à Autonomia na Relação Médico-Paciente. **Revista Direito Unifacs**, Salvador, n.192, p.1-20, 2016. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/4540/2953>

Acesso em 06 de outubro de 2021.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. O consentimento informado em Portugal: Breves notas. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**, São Paulo, v.12, n.2, p.21-34, 2017. Disponível em: <https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/599/0> Acesso em 10 de novembro de 2021.

PINTO, Paulo Mota. O Direito ao livre desenvolvimento da personalidade. In: Portugal-Brasil – ano 2000. **Stvdia Ivrídica**, n. 40. Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

PORTO, Ana Paula Azevêdo Sá Campos; 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 Direitos dos Animais**. Curitiba.v.2, n.2, p. 196-217, 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/1383> Acesso em 05 de setembro de 2021.

PROJETO GHENTE. **Bioética**: Histórico. 2014. Disponível em: <http://www.ghente.org/bioetica/historico.htm>. Acesso em: 25 jan.2021.

REISER, Stanley Joel. History of Medical Technology. In: POST, Stephen Garrard, editor in chief. **Encyclopedia of bioethics**. 3ªed. v.5. New York: Macmillan Reference USA: 2004, p. 2497-2503.

RESENDE, Frederico Ferri de. A vulnerabilidade do paciente no ambiente hospitalar e a prestação da autonomia privada do médico a partir do exercício da objeção de consciência. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SOUZA, Iara Antunes de (Coordenadores). **Direito e Medicina**. Indaiatuba: Foco, 2018, p.93-101.

RODRIGUES JÚNIOR, Otávio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 41, n. 163, p.113-130, jul./set, 2004. Disponível: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/982/R163-08.pdf?sequence=4&isAllowed=y> Acesso em 06 de outubro de 2021.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Angela. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.2, Sup.1, p. 31-41, 2008. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/865/1507> Acesso em 06 de outubro de 2021.

ROSA, Paulo Jorge Ferreira. A responsabilidade civil médica por violação do consentimento informado em Portugal. Coimbra, Estado da Arte, 2013. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23852/1/paper%20consent%20info2.pdf> Acesso em 10 de novembro de 2021.

SÁ, Maria de Fátima de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 4 edição, 2018.

SAADA, Alya. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos - ampliación democrática para una sociedad mas justa. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.4, p.413 -422, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8010> Acesso em 06 de outubro de 2021.

SANCHES, Mário Antonio; GUEBERT, Ida Cristina. **Bioética e Vulnerabilidades**. Paraná: PUCPRESS, 2012.

SANCHES, Mario Antônio; MANNES, Mariel; CUNHA, Thiago Rocha da. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**. Brasília. v.26, n.1, p.39-46, 2018. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1352 Acesso em 02 de setembro de 2021.

SANTOS, Luiz Henrique Ribeiro. Letramento em saúde. **GetMedicina**, 2015. Disponível em: <https://www.ufjf.br/getmedicina/files/2015/11/Letramento-em-sa%c3%bade-Arquivo-Texto.pdf> Acesso em 06 de setembro de 2021.

SANTOS, Tatiane Gomes Silva. Reflexões jurídicas sobre a autonomia na doação de órgãos post mortem no Brasil. **Revista Direitos Fundamentais e Alteridade**. Salvador, v.4, n.1, p.166-184, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/issue/view/180> Acesso em 07 de setembro de 2021.

SANTOS, Tatiane Gomes Silva; MEIRELES, Ana Thereza. Alteridade como elemento fundamental para a construção de relações simétricas entre médicos e pacientes. In: III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI. **Anais do III Encontro Virtual do CONPEDI**. Florianópolis: CONPEDI, 2021, p. 6-21. Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/276gsltp/h9vg1e1u/9qAZ0x2q82uZR6GV.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral do direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogada, 2012.

SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n. 2, p.187-200, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7969/6541> Acesso em 03 de outubro de 2021.

SCHRAMM, Fermin Roland. Comunicação e consentimento na pesquisa e na clínica: análise conceitual. **Revista Bioética**. Brasília. v. 25, n. 1, p. 11-18, 2017. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1384 Acesso em 10 de agosto de 2021.

SCHRAMM, Fermin Roland. Información y manipulación: ¿Cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. **Revista Brasileira de Bioética**. Brasília. v.1, n.1, p. 18-27, 2005. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8039/6590> Acesso em 12 de agosto de 2021.

SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo e; SCHRAMM, Fermin R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. **Revista de Bioética**, v. 6, n. 1, p. 15-23, 1998. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/321 Acesso em 03 de outubro de 2021.

SIMÕES, Maria de Lourdes Pessole Biondo; MARTYNETZ, Juliano; UEDA, Fernanda Matie Kinoshita; OLANDOSKI, Márcia. Compreensão do termo de consentimento informado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. São Paulo, v.34, n.3, p. 183-188, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/3709/S0100-69912007000300009.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 01 de setembro de 2021.

SERODIO, Aluísio. Revisitando o Princípio de Autonomia: aplicações e insuficiências na abordagem dos problemas bioéticos nacionais. **Revista Brasileira de Bioética**, v.4, n.2, p.69-79, 2008. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7875/6469> Acesso em 03 de outubro de 2021.

SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 10 (Supl.2), p. 5419-5425, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FPSjgw7STz35dnyhgYRpRcH/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 06 de outubro de 2021.

SILVA, Ionadja Karen Garibalde Jackson; MEIRELES, Ana Thereza. **A reconfiguração do dever de informação na relação médico-paciente diante dos conteúdos disponíveis na internet: o delineamento das atribuições do profissional**. P.1-25, 2020. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1608> Acesso em 27 de agosto de 2021.

SILVA, José Antônio Cordeiro da. **Autonomia versus paternalismo médico: perfil bioético dos egressos do laboratório de cirurgia experimental do curso de medicina da UEPA**. 2013. Tese (Doutorado em Bioética) - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70573/2/29062.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2021.

SILVA, Maristela Freitas. Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. **Revista Bioética**. Brasília. v.25, n.1, p.30-38, 2017. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1317 Acesso em 10 de agosto de 2021.

SILVA, Mônica Neves Aguiar da. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência

nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. **Revista de Biodireito e Direitos dos Animais**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 70 – 85, 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/273/pdf> Acesso em 03 de outubro de 2021.

SOURNIA, Jean - Charles. **História da medicina**. Tradução: Jorge Domingues Nogueira. Lisboa: Instituto Piaget; 1995.

SOUZA, Iara Antunes de; FERNANDES, Rafaela Leite. Cirurgias plásticas estéticas: obrigação de meio ou de resultado x responsabilidade civil médica. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SOUZA, Iara Antunes de (Coordenadores). **Direito e Medicina**. Indaiatuba: Foco, 2018, p.59-76.

SOUZA, Waldir; JÚNIOR, Nilo Ribeiro; FACURY, Isabel Cristina Tavares. O médico e o doente: paradigma da vulnerabilidade em Emmanuel Levinas. **Revista Bioética**. V.28, n.02, 2020, p. 212-218. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/YLF4ZHTdp7YNCdrTWR58DJS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 12 de setembro de 2021.

STANCIOLI, Brunello. Sobre a estrutura argumentativa do consentimento informado: revisão sistemática, verdade e risco na relação médico-paciente. In: CASABONA, Carlos María Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (Coordenadores). **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. Belo Horizonte: DelRey, 2005, p. 128-172.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, Belo Horizonte, v.16, p. 75-104, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232/214> Acesso em 06 de outubro de 2021.

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

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; KONDER, Carlos Nelson. Autonomia e solidariedade na disposição de órgãos para depois da morte. **Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, n.18, p.1-22, 2010. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/1357> Acesso em 06 de outubro de 2021.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Cuidados paliativos: entre autonomia e solidariedade. **Novos Estudos Jurídicos**, v.23, n.1.p. 240-258, 2018. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/13037/7453> Acesso em 07 de setembro de 2021.

TEPEDINO, Gustavo. **Temas de Direito Civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

VALENTIM, M. L. P. Informação e conhecimento em organizações complexas. In: VALENTIM, M. (Org.). **Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da ciência da informação**. São Paulo: Polis, 2008, p.11-25.

VASCONCELOS, Camila. **Direito Médico e Bioética**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. V.16, n.4, p. 765-771, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pbtdSFQWQxRhKrBwKxHGSK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 03 de outubro de 2021.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**. V. 19, n. 1, 2011, p. 105-117. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611/627 Acesso em 06 de outubro de 2021.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em 18/05/2021.

ZUBEN, Newton Aquiles Von. Vulnerabilidade e finitude: a ética do cuidado do outro. **Revista de Filosofia**, Belo Horizonte, v. 39, n. 125, p. 433-456, 2012. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1857/2163> Acesso em 06 de outubro de 2021.