



O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E O DIREITO À INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA DECIDIR

* Daniela Zilio¹

RESUMO

O objetivo geral do presente estudo é discorrer sobre o consentimento livre e esclarecido como objeto de exteriorização da autonomia do paciente, coadunado ao direito à informação na relação médico-paciente, imprescindível na construção da autonomia para decidir. Neste norte, os objetivos específicos são: compreender o que é o direito à informação; explicitar o consentimento livre e esclarecido; e, por fim, refletir acerca da construção da autonomia para decidir na relação médico-paciente. Como resultado da pesquisa, tem-se que, a formulação da autonomia para decidir do titular da vida, paciente ou usuário dos serviços de saúde, deve ser formulada e concretizada após o esclarecimento das informações, e isso resta nítido quando se pensa acerca da importância do consentimento livre e esclarecido. Logo, o direito à informação é indispensável para a construção e efetivação da autonomia para decidir em casos de vida e saúde. O estudo segue o método de pesquisa dedutivo, e a técnica de pesquisa é a documentação indireta. A pesquisa é qualitativa.

Palavras-chave: consentimento livre e esclarecido; direito à informação; autonomia; médico; paciente.

THE FREE AND INFORMED CONSENT AND THE RIGHT TO INFORMATION IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: BUILDING AUTONOMY OF DECISIONS

ABSTRACT

The general goal of this study is to discuss free and informed consent as an object of exteriorization of a patient's autonomy linked to the right to information in the doctor-patient relationship, which is crucial for the autonomy of decisions. Therefore, we aim to understand what the right to information means, explain free and informed consent, and, finally, reflect on the building of autonomy of decisions in the doctor-patient relationship. The results indicate that the formation of autonomy of decision by the holder of life, i.e., the patient or user of health services, must be formulated and achieved after clarifying the information, and this is clear whenever one considers the importance of free and informed consent. Thus, the right to information is essential to build and implement the autonomy to decisions in situations of life and health. The study follows a deductive research method, and the research technique is indirect documentation. The research is qualitative.

Keywords: free and informed consent; right to information; autonomy; doctor; patient.

¹ Doutora e Mestra em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. São Miguel do Oeste – SC. E-mail: danielazilio@yahoo.com.br.



1 INTRODUÇÃO

Entender os caminhos para as tomadas de decisão na relação entre médicos e pacientes é sempre importante. O que se busca, assim, é estabelecer um estudo de cunho teórico que possa auxiliar na reflexão do tema.

Assim, o objetivo geral do estudo é discorrer sobre o consentimento livre e esclarecido como objeto de exteriorização da autonomia do paciente, coadunado ao direito à informação na relação médico-paciente, imprescindível na construção da autonomia para decidir.

Os objetivos específicos são, sequencialmente: compreender o que é o direito à informação; explicitar o consentimento livre e esclarecido; e, por fim, refletir a construção da autonomia para decidir na relação médico-paciente.

O problema de pesquisa coaduna-se no questionamento seguinte: como se dá a construção da autonomia na relação médico paciente; quanto a prestação das informações por parte do médico é relevante nessa construção; e como se dá a exteriorização da autonomia para decidir do paciente?

A tese proposta é a seguinte: a construção da autonomia do paciente deve ocorrer por meio da prestação, pelo profissional da medicina, de todas as informações pertinentes ao caso, de diagnóstico e prognóstico², em respeito ao direito à informação do paciente. Este só pode ser autônomo genuinamente caso informado de seu quadro clínico; a exteriorização da autonomia do paciente antecedida pela imprescindível prestação das informações se dá por meio do consentimento livre e esclarecido.

Para tanto, o estudo foi estruturado para que, em cada uma de suas seções, um dos objetivos específicos da pesquisa seja alcançado. Primeiramente, foi compreendido o direito à informação; após, foi explicitado o consentimento livre e esclarecido; por fim, foi refletida a construção da autonomia para decidir na relação médico-paciente.

Justifica-se a escolha do tema uma vez que o debate por ele trazido no estudo tem relevância acadêmica, porque discute assuntos importantes do ponto de vista teórico, e

² Pode-se entender o prognóstico como a previsão que se tem da evolução de uma doença, levando em consideração sua natureza e seus sintomas (Dicionário Médico, 2014). O diagnóstico é a determinação dada de uma doença, pelos sintomas apresentados e/ou diante da realização de exames diversos (Dicionário Médico, 2014).



igualmente tem relevância social, trazendo ao centro da discussão as pessoas, pacientes ou usuárias dos serviços de saúde. Todos em algum momento e em alguma medida são ou serão pacientes e/ou usuários dos serviços de saúde. Igualmente, do ponto de vista técnico, ao direito importa a discussão proposta, assim como à bioética e à medicina. Logo, pensar-se a temática é indiscutivelmente necessário, sobretudo nos dias hodiernos de avanço tecnológico e em que olhar para a autonomia humana torna-se cada vez mais urgente.

O trabalho segue o método de pesquisa dedutivo. A técnica de pesquisa empregada é a documentação indireta em que os dados possuem natureza bibliográfica e a pesquisa é qualitativa. Não se tem o intuito de esgotar a temática, até porque o tema é extremamente delicado e com necessidade de análise sob diversos vieses. Não se busca, assim, entender a possibilidade de responsabilização civil, criminal ou administrativa do profissional pelo descumprimento do dever de informar, o que se pretende é trazer à lume a discussão jurídica e bioética da necessidade da preservação da autonomia do paciente, sempre coadunada à prestação das informações, que são pressuposto para a formação do ato de verdadeiramente se autodeterminar.

2 O DIREITO À INFORMAÇÃO

Conforme esclarece Bergstein (2012), o direito à informação, de titularidade do paciente, o traz para o centro da relação, permitindo-lhe conhecer o seu estado de saúde, o diagnóstico e os possíveis riscos envolvidos. A partir daí o próximo passo é a autodeterminação, e caberá ao paciente, receptor da informação, escolher o tratamento e ponderar os riscos inerentes, de maneira livre e voluntária.

Para contextualizar, importantes são as palavras de Pereira (2010, p. 87, grifo nosso):

O paciente tem o direito de saber acerca de seu estado de saúde e o tratamento a ser seguido, seu diagnóstico, a finalidade dos materiais coletados para exames, terapias, benefícios e riscos provenientes dos exames e dos tratamentos propostos, do maior ou menor risco de um tratamento, as reações porventura decorrentes do medicamento indicado, as vantagens e desvantagens de uma eventual necessidade de intervenção cirúrgica, **tudo de forma clara e precisa a fim de possibilitar sua tomada de decisão, o seu consentimento livre e esclarecido**, pois não compete ao médico decidir pelo paciente.

Quanto maior o número de informações e mais abrangente for a orientação, mais condições o paciente terá de escolher, até porque não cabe ao médico decidir sobre qualquer tratamento sem receber do paciente o consentimento voluntário, e caso este não possa, de seus familiares.



Não mais vigora a relação médico-paciente fundada em um modelo paternalista segundo o qual o médico estava habilitado para decidir de forma unilateral sobre o tratamento a seguir, sob o argumento de que entendia ser mais benéfico ao paciente, independentemente de sua opinião. **A relação é alicerçada em um processo dialógico, em que há um intercâmbio mútuo de informação essencial para o paciente decidir.**

Veja que todas as informações devem ser prestadas ao paciente, ou a quem se submete a uma pesquisa científica. No caso do paciente, além de todos os riscos e benefícios do tratamento, o diagnóstico, as possíveis reações e os possíveis efeitos colaterais do tratamento indicado, e tudo com linguagem acessível e proporcional ao entendimento do interessado, sem a utilização de linguagem técnica de difícil entendimento.

No mesmo sentido, em trabalho que investiga os limites da autonomia do paciente no que tange à expertise médica em relação à indicação do melhor caminho ao paciente, relatam Lima e Machado (2021, p. 44, grifo nosso):

A relação médico-paciente difere significativamente das demais interações sociais. Não por acaso, cresce expressivamente o número de estudos voltados exclusivamente à referida área. **O fortalecimento da concepção de autonomia passou também a abranger a figura do paciente, com notória ampliação de sua esfera de participação e de influência na tomada de decisão em tratamentos e em procedimentos clínicos, mitigando aquela concepção exacerbadamente paternalista que recaía sobre a figura do profissional médico [...].**

Por paternalismo, refere-se o termo de origem latina, proveniente do substantivo *pater* (pai), fazendo menção ao modelo patriarcal de organização familiar, em que o pai exerce a autoridade sobre os membros da família, especialmente no tratamento dado aos filhos. Quando se fala em medicina paternalista, fala-se em uma atitude própria dos profissionais da saúde, em especial da medicina, que até tempos recentes, década de 1960, exerciam o poder de decisão sobre seus pacientes, baseada na autoridade (Campos; Oliveira, 2017). Assim, o médico aplicaria o tratamento ao paciente de acordo com a sua opinião e experiência, e o paciente ou usuário do serviço de saúde, assumiria uma atitude passiva ante as decisões tomadas pelo médico, cabendo-lhe cumprir as prescrições do profissional. Hodiernamente resta clara a mudança na relação médico-paciente, primando pela autonomia do indivíduo³.

³ O Código Civil determina, inclusive, como um dos direitos da personalidade, em seu artigo 15, que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (Brasil, 2002).



O princípio bioético da autonomia deve ser o critério principal a ser levado em consideração na bioética médica (Campos; Oliveira, 2017). Aos pacientes deve ser certificado que sua autonomia seja o critério a informar toda a conduta moral inserida no processo de deliberação médica. Ao profissional cabe ter a consciência de que quanto mais esclarecimentos e orientações forem passadas aos seus pacientes, melhor será para a escolha deles, uma vez que essa será racional, livre e consciente. Deste partilhar de informações, resultará uma escolha comum, em que médico e paciente assumam a responsabilidade pelo procedimento médico seguido (Campos; Oliveira, 2017).

Assim, o direito à informação é imprescindível à construção da autonomia em decisões que digam respeito ao próprio corpo, às decisões de ordem existencial, especialmente as decisões de vida e saúde. Perceba-se o que relatam Riva Sobrado de Freitas e Danielle Jacon Ayres Pinto:

Ainda, no tocante à construção do Direito ao Corpo, como mediador da Autonomia Decisória e da identidade pessoal, nossa preocupação aponta também a necessidade de salvaguardar outro Direito Humano Fundamental, ou seja: **O Direito à Informação. Esse apresenta caráter difuso e constitui direito de toda a coletividade à informação. Sem a informação precisa, veiculada de forma clara e sem manipulações não pode haver escolha verdadeira e satisfatória para a construção de uma identidade.** O controle sobre o próprio corpo engloba a possibilidade de tomar decisões sobre ele, no que se refere por exemplo: à saúde, questões genéticas, riscos possíveis quanto a ingestão de medicamentos, etc. Assim, informações mais próximas da realidade quanto aos resultados das opções seria fundamental para a construção da identidade pessoal, na medida em que possibilitaria decisões em conformidade com a vontade pessoal (Freitas; Pinto, 2018, p. 7, grifo nosso).

Para que se possa colocar em prática o consentimento livre e esclarecido, é preciso ter acesso à informação. Um consentimento somente pode ser verdadeiramente livre se essa liberdade for precedida de informações, e somente é esclarecido caso assim seja, o consentimento para atos médicos, de tratamento ou então de pesquisa, exalta a autonomia humana, e essa só pode ser construída a partir da informação.

Assim, a autodeterminação do paciente traz como pressuposto o conhecimento, que possibilita a reflexão sobre a melhor escolha a ser adotada. Prestar as informações é obrigação do profissional da saúde, e a não prestação pode causar possíveis consequências éticas e também punições legais. Importante lembrar que sem informação não se pode falar em consentimento esclarecido. O ato de informar deve ser parte integrante do ato médico e, para isso, ao profissional da saúde demanda-se prestar as informações da maneira mais adequada



possível, considerando os diferentes graus de discernimento de cada pessoa, com linguagem clara e condizente. Não basta a pessoa ser informada de algo, ela precisa ser esclarecida, uma vez que informar não pressupõe necessariamente que houve o esclarecimento (Campos; Oliveira, 2017).

Quando se fala em direito à informação, é imprescindível que se adentre no instrumento de expressão da autonomia do paciente, construída após a prestação das informações pertinentes, trata-se do consentimento livre e esclarecido.

3 O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Consentimento livre e esclarecido é indiscutivelmente necessário em se tratando da relação médico-paciente e igualmente quando se fala em pesquisa com seres humanos. Também conhecido como consentimento informado⁴, trata-se da exteriorização da autonomia do sujeito, construída após o imprescindível esclarecimento por parte do profissional que conduz o termo, quer seja o médico assistente ou o pesquisador. Trata-se de um importante instrumento para que as decisões sejam tomadas de forma consciente (Zilio, 2023).

Sobre o assunto, explica Clotet (1995) que o reconhecimento da autonomia da pessoa, seja ela paciente ou então sujeito de algum tipo de experimentação, e a insistência em que tal autonomia seja respeitada, compõem mais uma contribuição para o aperfeiçoamento da prática médica no Brasil, no interesse pelo diálogo e respeito exercidos em nível de profissão e pela melhora do relacionamento existente entre médico e paciente, baseado no princípio bioético da justiça⁵, para além do princípio bioético da autonomia⁶.

Campos e Oliveira (2017) alegam que para que o consentimento do usuário de serviço de saúde seja considerado válido, é indispensável que seja dado de forma livre, voluntária, consciente, e por indivíduo que seja competente para fazê-lo. Em nenhuma hipótese a manifestação de vontade deve ser obtida mediante coação, seja ela física, psíquica ou moral, ou então por quaisquer meios que possam obstruir o exercício de sua liberdade. Precisa-se estar

⁴ Manzini, Machado Filho e Criado (2020) argumentam que o Termo de Consentimento Informado é utilizado na relação médico-paciente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é utilizado na relação entre pesquisador e pessoa participante da pesquisa, em suma.

⁵ Tratamento justo, equitativo e apropriado às pessoas (Beauchamp; Childress, 2013).

⁶ Consagrado na elaboração do *Belmont Report*, no ano de 1978 (Zilio, 2016).



diante dos elementos que compõem o consentimento livre e esclarecido, quais sejam: a voluntariedade, a informação, o entendimento e a competência.

Neste norte, “Os benefícios trazidos ao relacionamento médico-paciente pela adoção do modelo participativo são incontestáveis [...]. Dentro deste contexto, o TCI⁷ é um instrumento útil, que pode garantir o direito à autonomia quando bem aplicado [...] (Ugarte; Acioly, 2014, p. 276).

O Consentimento Informado pode ser conceituado, então, como uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após o processo informativo e de deliberação, na busca pela aceitação de um tratamento específico ou então de uma experimentação, sabendo da natureza, das consequências e dos riscos envolvidos.

Para Marques Filho (2011, p. 179):

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento obrigatório nos protocolos de pesquisas com seres humanos. As normas que preconizam sua utilização são recentes na história da Medicina, e o primeiro documento oficial que instituiu a necessidade do consentimento informado do sujeito de pesquisa foi o Código de Nuremberg (1947). Todas as normas posteriores referendaram a obrigatoriedade do consentimento informado em pesquisas. Entretanto, o consentimento informado, que representa a autonomia ou a autodeterminação dos pacientes nas relações com os médicos, demorou mais alguns anos para ter sua implantação na prática assistencial e nos códigos de deontologia médica [...].

Sobre o consentimento do paciente, o Código de Ética Médica traz específicas prescrições, dentre as quais pode-se ressaltar no capítulo IV, que trata dos direitos humanos, no 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”.

Outro exemplo se encontra no capítulo XII, artigo 101, do mesmo diploma deontológico. Assim, lê-se que é vedado ao médico:

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

§ 1º No caso de o paciente participante de pesquisa ser criança, adolescente, pessoa com transtorno ou doença mental, em situação de diminuição de sua capacidade de

⁷ Termo de Consentimento Informado, hoje conhecido mais por TCLE, ou seja, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



discernir, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

§ 2º O acesso aos prontuários será permitido aos médicos, em estudos retrospectivos com questões metodológicas justificáveis e autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Mais um importante instrumento que possibilita externar a autonomia e consequentemente o consentimento do paciente diz respeito às diretivas antecipadas de vontade. Tal instrumento é utilizado para o caso de o paciente não mais conseguir expressar sua autonomia, em caso de doença avançada ou terminal. As diretivas antecipadas de vontade são, assim, instrumento para garantir ao paciente o direito de decidir sobre seus cuidados de saúde, especialmente os realizados no fim da vida (Monteiro; Silva Junior, 2019).

No Brasil, o documento que regulamenta as diretivas antecipadas de vontade é a Resolução 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina. De acordo com o diploma:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente (Conselho Federal de Medicina, 2012).

A autonomia do paciente no final da vida pode ser expressa, assim, por meio das espécies de diretivas antecipadas de vontade: o testamento vital, que se trata das diretivas deixadas propriamente ditas, primordialmente em documento, e o mandato duradouro, ou procuração para assuntos de saúde, que diz respeito ao fato de deixar-se um representante para



tomar as decisões em caso de o paciente não mais poder fazê-lo por motivos de doença ou estado que o impossibilite.

Assim, para Angeluci (2019), as diretivas antecipadas de vontade podem ser entendidas como um negócio jurídico existencial por meio do qual a pessoa, informada e com discernimento, declara a sua vontade em relação a procedimentos de saúde aos quais deseja ou não se submeter quando não puder, por motivo temporário ou duradouro, expressar sua vontade, por doença terminal, estado vegetativo, acidente que o impossibilite de se expressar, com a possibilidade, como exposto acima, de indicar procuradores para assuntos de saúde. Claro que, em relação aos procuradores para assunto de saúde, como as diretivas antecipadas de vontade são instrumento para expressar a autodeterminação do paciente, é mister que no escopo de direcionar as decisões da equipe médica e do procurador nomeado estejam claros quais valores que fundam a vida do paciente e quais são os seus claros desejos (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013).

Por fim, importante lembrar que as diretivas antecipadas de vontade têm nascedouro nos Estados Unidos da América (Pona, 2015) e, embora sejam documentos perfectibilizados em regra de maneira antecipada a eventual mal que acometa o titular da vida, indubitavelmente são instrumento que coloca em prática o consentimento informado do paciente.

Vislumbrados o direito à informação e o consentimento livre e esclarecido, ambos os conceitos de análise e compreensão necessária a que se possa vislumbrar o ponto que segue, passa-se agora a refletir a construção da autonomia para decidir na relação estabelecida entre médicos e pacientes.

4 A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA DECIDIR NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A autonomia é um direito imprescindível na relação entre médicos e pacientes ou em relação a qualquer profissional da saúde e o usuário de serviços da saúde. Tanto é assim que a autonomia é um dos quatro princípios da bioética tida como principialista⁸, ao lado da beneficência, da não-maleficência e da justiça. Sobre tais princípios, inclusive, relata Barboza

⁸ A bioética principialista, aduz Garrafa (2005), corresponde à bioética de origem estadunidense, que se tornou conhecida mundo afora por estar alicerçada em quatro princípios básicos, que seriam possivelmente universais (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência). Daí ser reconhecida mundialmente como bioética principialista.



(2000) que sua observância deve ser obrigatória, sempre e quando não entrem em conflito entre si, caso em que devem se hierarquizar conforme a situação concreta em que se encontrem os sujeitos.

Logo, a autonomia que aqui se explicita é aquela que diz respeito às escolhas existenciais, ou seja, diz respeito às escolhas de vida, aquela que alicerça o indivíduo na formação de sua identidade pessoal.

Zilio (2016) explicita, sobre tal autonomia, que trata-se justamente da autonomia que dá armas à construção da identidade pessoal de cada indivíduo, uma vez que possibilita a exteriorização dos anseios na tomada de importantes decisões de cunho eminentemente pessoal. A autora define tal autonomia também no campo do direito à privacidade, demonstrando que ela contribui para o empoderamento da pessoa sobre si própria, assim como sobre seu corpo e suas decisões.

Campos e Oliveira (2017, p. 27) assim entendem, sobre a autonomia como princípio bioético e como pressuposto para a tomada de decisões de ordem de vida e saúde:

O princípio da autonomia possui uma importância fundamental para a orientação das ações médicas, pois, compreende o indivíduo como ser dotado de racionalidade e liberdade, sendo capaz de agir com base em suas próprias deliberações – o que significa, ser portador de dignidade e ter sua autonomia reconhecida.

É claro que, toda a liberdade demanda responsabilidade, e na autonomia em decisões que digam respeito à vida e à saúde isso é igualmente válido. Hubert Lepargneur (1996) alerta para o fato de que o princípio bioético da autonomia do doente pode eventualmente ser maléfico ao seu próprio bem, uma vez que a decisão vale conforme o nível de esclarecimento e informação daquele que decide. Assim, há que se ter em conta que a decisão do doente pode ser tomada pelo medo, por aquilo que o autor chama de emotividade, e o medo pode influenciar tanto favoravelmente quanto de forma contrária a qualquer terapia. O que se deve ter em mente é que na época atual, o médico não é (e não deve ser) mais a única fonte de informação substancial de que o paciente dispõe o para avaliar o próprio caso e decidir.

Pensa-se que não se deve jamais afastar a opinião médica ao caso concreto, o que deve haver é uma conformação entre os saberes médicos e a vontade livre, esclarecida e consciente do paciente, ou, então, se for o caso, dos eventuais responsáveis, sem imposições, mas ponderações de ambas as partes. Tanto é assim, que Kipper (2009) esclarece que a



responsabilidade primária do profissional da medicina é a de aplicar o conhecimento para auxiliar seus pacientes a identificar e fazer uso dos melhores benefícios que as ciências da saúde podem lhes proporcionar. Tudo o que pode ou que deve ser feito a partir do caso que se impõe deve ser partilhado com o titular da vida, ou, na sua impossibilidade, com os familiares ou responsáveis.

Sobre a autonomia em decisões que digam respeito à vida e à saúde, especialmente quando da relação médico-paciente, argumenta Zilio (2023, p. 99):

Aqui há de ficar ainda e cada vez mais claro: aquilo que envolva o ser humano deve ser por ele ponderado e consentido. A autonomia é, ou pelo menos deveria ser, requisito para as ações tomadas em relação ao corpo e à vida da pessoa em questão. E ela somente é possível mediante o recebimento das informações pertinentes.

Ninguém consegue se autodeterminar sobre aquilo que não conhece, o paciente somente conseguirá tomar as melhores decisões caso seja informado e devidamente esclarecido sobre aquilo que precisa decidir. O consentimento, como visto acima, deve ser livre, mas, mais do que livre, deve ser esclarecido. Caso se prefira, também se pode falar que o consentimento deva ser informado.

Resta claro, então, que a formação da decisão deve ser conjunta, na medida em que ao médico cabe conhecer e informar, e ao paciente, diante daquilo que a ele é apresentado, escolher o caminho que melhor comporte o seu trilhar de vida.

A relação deve ser pautada no respeito e no diálogo inerentes ao processo de informar, que resta claro também caso sejam analisados os demais princípios da bioética que excedem a autonomia, porque o princípio da justiça compreende o tratamento justo e equitativo, o princípio da beneficência quer dizer que as ações devem ser tomadas em benefício do paciente e na promoção de seus interesses e o princípio da não maleficência diz respeito à obrigação de não causar intencionalmente danos, não prejudicando ou causando males (Beauchamp; Childress, 2013). Todos os princípios corroboram ao fato de a autonomia pautar as decisões na relação médico-paciente, para além do próprio princípio da autonomia, que, claro, denota o dever de preservação da autodeterminação de quem de direito, ou seja, do paciente (Alves; Fernandes; Goldim, 2017).

Por tal motivo que se deixa tão clara a necessidade das informações corretamente repassadas pelo profissional ao paciente. A autonomia se constrói essencialmente na relação que se tem com o outro, a despeito de se acreditar que não devam haver pressões externas na



concretização da autodeterminação⁹, pelo menos do ponto de vista do Estado e da sociedade. Apesar de não se acreditar então que tais pressões devam existir, a relação estabelecida é indiscutível. A autonomia sempre será construída a partir do cenário em que está inserido o sujeito, a partir do meio. Que a construção e a efetivação dessa autonomia na relação médico-paciente se deem, então, a partir de informações claras, acessíveis e proporcionais prestadas pelo profissional, e pelo aconselhamento, e não imposição, a partir de sua expertise. Assim a autodeterminação é preservada e a ideia da tomada da melhor decisão possível dentro do quadro que se estabelece.

A melhor escolha sempre vai depender do caso concreto, do diagnóstico e do prognóstico, do tratamento, do estágio da doença, das possibilidades que a ciência já proporciona, de ser o caso um caso de terminalidade de vida ou não, sendo assim, a decisão mais acertada depende de variáveis que somente a relação de confiança, aconselhamento e respeito à autonomia podem ditar.

5 CONCLUSÃO

Concluindo-se o estudo que teve como objetivo geral discorrer sobre o consentimento livre e esclarecido como objeto de exteriorização da autonomia do paciente, coadunado ao direito à informação na relação médico-paciente, imprescindível na construção da autonomia para decidir, pode-se concluir que:

a) O direito à informação diz respeito ao direito que o paciente ou usuário dos serviços de saúde ou participante de uma pesquisa tem de conhecer o seu quadro clínico, diagnóstico, prognóstico e possíveis tratamentos (no caso de pacientes ou usuários de serviços de saúde), e, no caso de participantes de pesquisas, os riscos e benefícios de sua participação, o que, claro, também deve caber aos primeiros em casos de tratamentos. Não há que se pensar em formação da autonomia e liberdade para decidir sem que primeiro sejam disponibilizadas todas as informações pertinentes à formação das vontades.

⁹ O estudo menciona em várias oportunidades a palavra autodeterminação. Para explicitar, traz-se aqui as palavras de Rodrigues Junior, sobre autodeterminação. Para o autor, “A autodeterminação, a seu modo, seria um poder juridicamente reconhecido e socialmente útil, de caráter ontológico, baseado numa abertura do homem para o mundo e suas experiências e solicitações sensíveis ou não” (Rodrigues Junior, 2004, p. 126).



b) O consentimento livre e esclarecido é o modo de expressão da autonomia em decisões de vida e saúde, especialmente na relação médico-paciente ou em pesquisas com seres humanos. É instrumento imprescindível de expressão da vontade, tomada livremente e de forma esclarecida, após a prestação de todas as pertinentes informações.

c) A construção da autonomia na relação médico-paciente deve se dar justamente baseada no dever de informação, por parte do profissional da medicina, combinada com uma relação de confiança estabelecida entre o paciente e o médico. As decisões devem ser tomadas baseadas na autonomia do titular da vida, mas com os devidos esclarecimentos e indicações profissionais. A autonomia, também princípio bioético, deve ser colocada em prática nas decisões, sempre que possível coadunada aos demais princípios da bioética (beneficência, não maleficência e justiça) e sempre com todo o suporte de quem tem a expertise para a prestação das informações.

Nesta senda, os objetivos específicos da pesquisa, pontuados na fase introdutória, foram concluídos, uma vez que em cada uma das três seções do texto foram abordadas as proposições, em ordem sequencial: primeiramente, foi compreendido o direito à informação; após, em um segundo momento foi explicitado o consentimento livre e esclarecido; por fim, na terceira seção do estudo foi refletida a construção da autonomia para decidir na relação estabelecida entre médico e paciente.

A tese proposta na seção introdutória foi a que segue: a construção da autonomia do paciente deve ocorrer por meio da prestação, pelo profissional da medicina, de todas as informações pertinentes ao caso, de diagnóstico e prognóstico, em respeito ao direito à informação do paciente. Este só pode ser autônomo genuinamente caso informado de seu quadro clínico; a exteriorização da autonomia do paciente antecedida pela imprescindível prestação das informações se dá por meio do consentimento livre e esclarecido. A tese restou evidenciada pelos resultados encontrados, já que a pesquisa bibliográfica realizada demonstrou que a formatação da autonomia para decidir do titular da vida, paciente ou usuário dos serviços de saúde, deve ser formulada e concretizada após o pertinente esclarecimento das informações, e isso resta nítido quando se pensa acerca da imprescindibilidade do consentimento livre e esclarecido.

Como exposto no texto em seção oportuna, se a autonomia é construída na relação com o outro, que ela o seja a partir do conhecimento das possibilidades para o caso, sempre em



respeito ao caminho de vida escolhido pelo titular, após os aconselhamentos e esclarecimentos médicos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rainer Grigolo de Oliveira; FERNANDES, Marcia Santana; GOLDIM, José Roberto. Autonomia, autodeterminação e incapacidade civil: uma análise sob a perspectiva da bioética e dos direitos humanos. **Revista de direitos e garantias fundamentais**, Vitória, v. 18, n. 3, 2017, p. 239-266. Disponível em: <<https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1128/pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2024.
- ANGELUCI, Cleber Affonso. Considerações sobre o existir: as diretivas antecipadas de vontade e a morte digna. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 21, p. 39-59, 2019. Disponível em: <[file:///C:/Users/Cliente/Downloads/464-1220-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/464-1220-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2024.
- BARBOZA, Heloisa Helena. Princípios da bioética e do biodireito. **Revista Bioética**, Brasília, v. 8, n. 2, 2000, p. 209-216. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/276/275>. Acesso em: 17 fev. 2024.
- BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução Luciana Pudenzi. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013. 574 p. Tradução de: Principles of biomedical ethics.
- BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. 2012. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BRASIL. **Código Civil**. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 17 fev. 2024.
- BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 14 fev. 2024.
- CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniela Rezende de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na ética biomédica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 115, 2017, p. 13-45. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Autonomia_e_Beneficencia.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2024.



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, 1995. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/430/498>. Acesso em: 18 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em:<<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.995, de 9 de agosto de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção I, p. 269-270. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em: 16 fev. 2024.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n.3, p. 463-476, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/855/926>. Acesso em: 16 fev. 2024.

DICIONÁRIO MÉDICO. **Diagnóstico**. 2014. Disponível em: <<https://www.xn--dicionariomdico-0gb6k.com/diagn%C3%B3stico.html>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

DICIONÁRIO MÉDICO. **Prognóstico**. 2014. Disponível em: <<https://www.xn--dicionariomdico-0gb6k.com/progn%C3%B3stico.html>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

FREITAS, Riva Sobrado de; PINTO, Danielle Jacon Ayres. Debates contemporâneos sobre autonomia privada decisória: transgêneros, identidade genética e eutanásia. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Salvador, v.4, n. 1, 2018, p. 1-22. Disponível em:<<https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/4351/pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2024.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, 2005, p. 125-134. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102>. Acesso em: 18 fev. 2024.

KIPPER, Délio José. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, 2009. Disponível em:<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/294>. Acesso em: 18 fev. 2024.



LEPARGNEUR, Hubert. Força e fraqueza dos princípios da bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, 1996. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/407/370>. Acesso em: 17 fev. 2024.

LIMA, Andrei Ferreira de; MACHADO, Fernando Inglês de Souza. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 44-54, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/zT5NXdXtJSfVFP9Z4wBqJ3p/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 fev. 2024.

MANZINI, Merlei Cristina; MACHADO FILHO, Carlos D'Apparecida Santos; CRIADO, Paulo Ricardo. Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 517-521, 2020. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2019/2422>. Acesso em: 5 set. 2022.

MARQUES FILHO, José. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 2, p. 175-183, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/JpYmQtDB9v78rwNvbLb9TNC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, Brasília, v.27, n. 1, p. 86-97, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/j9xLqRQmYnpQWPPn87QfZHH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 fev. 2024.

PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. **A Relação médico-paciente: o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade civil do médico pelo dever de informar**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PONA, Éverton Wlian. **Testamento vital e autonomia privada: fundamentos das diretivas antecipadas de vontade**. Curitiba: Juruá, 2015.

RODRIGUES JUNIOR, 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, v. 41, n. 163, p. 113-130, 2004. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/982>>. Acesso em: 18 fev. 2024.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, 2014, p. 274-277. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vtLjkcHyJvtMS8Fzrxv748w/?format=pdf&lang=pt#:~:tex>>





t=O%20princ%C3%ADpio%20de%20autonomia%20do,bastante%20interesse%20na%20literatura%20atual.>. Acesso em: 18 fev. 2024.

ZILIO, Daniela. **A autonomia decisória do paciente terminal como alicerce para a efetivação do direito de morrer com dignidade pessoal:** o direito à morte (digna) como corolário do direito à vida (digna). 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direitos Fundamentais) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Chapecó, 2016.

ZILIO, Daniela. **Privacidade em decisões de fim de vida:** a construção e efetivação da autonomia decisória na perspectiva dos pacientes oncológicos em tratamento no Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba-SC. 2023. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Chapecó, 2023.