

# O DIREITO À INFORMAÇÃO COMO FUNDAMENTAL PARA A PROTEÇÃO E O EMPODERAMENTO DO PACIENTE EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

*THE RIGHT TO INFORMATION AS FUNDAMENTAL FOR THE PROTECTION AND EMPOWERMENT OF THE PATIENT IN CONDITION OF SOCIAL VULNERABILITY*

**Tagore Trajano de Almeida Silva**

Pós-doutor em Direito pela Pace Law School, New York/USA. Doutor e Mestre em Direito Público pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) com estágio sanduíche como Visiting Scholar na Michigan State University (MSU/USA). Coordenador do PPGD/UCSal. Professor Efetivo Adjunto "A" da Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia. Professor do Programa de Pós-graduação da Universidade Católica de Salvador (UCSal/BA). Pesquisador Visitante da University of Science and Technology of China (USTC/China).  
E-mail: tagore.silva@pro.ucsal.br

**Henrique Costa Princhak**

Mestrando em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Católica do Salvador (PPGD/UCSAL), na linha de pesquisa Bioética, Alteridade e Meio Ambiente Social, vinculada à área de concentração Alteridade e Direitos Fundamentais. Especializando em Direito Médico, da Saúde e Bioética pela Faculdade Baiana de Direito. Bacharel em Direito pela Faculdade Baiana de Direito (2020).  
E-mail: henriqueprinchak@gmail.com

Recebido em: 18/10/2022

Aprovado em: 06/04/2023

**RESUMO:** O presente artigo busca analisar o direito à informação como fundamental para a proteção e o empoderamento do paciente em condição de vulnerabilidade social. Com o fito compreender a temática, é examinado o dever de informar do médico, o direito à informação do paciente, o princípio da autonomia e o consentimento informado. Ademais, é analisada a vulnerabilidade em seus diversos sentidos para a Bioética e dentre eles, em que consiste a vulnerabilidade social. Investiga-se também os conceitos de “empoderamento” e “proteção” para a Bioética Latino-Americana e de que forma a informação seria um instrumento de proteção e de empoderamento do paciente vulnerável por circunstâncias socioeconômicas. Ressalta-se que pesquisa foi predominantemente bibliográfica e de natureza qualitativa por meio da interpretação e avaliação do objeto pretendido. Cabe destacar que este é um tema de relevância social indubitável, tendo em vista o cenário brasileiro de profunda desigualdade e exclusão social, sendo perceptível que estas circunstâncias possuem reflexos na relação de poder entre médico e paciente.

**Palavras-chave:** Informação. Proteção. Empoderamento. Bioética. Vulnerabilidade social.

**ABSTRACT:** This article seeks to analyze the right to information as fundamental for the

protection and empowerment of patients in conditions of social vulnerability. In order to understand the topic, the duty to inform the doctor, the patient's right to information, the principle of autonomy, informed consent are examined. In addition, vulnerability is analyzed in its various senses for Bioethics and among them, what social vulnerability consists of. It also investigates the concepts of “empowerment” and “protection” for Latin American Bioethics and how information would be an instrument for the protection and empowerment of vulnerable patients due to socioeconomic circumstances. It is noteworthy that research was predominantly bibliographic and of a qualitative nature through the interpretation and evaluation of the intended object. It is worth noting that this is a subject of undoubted social relevance in view of the Brazilian scenario of profound inequality and social exclusion, and it is noticeable that these circumstances reflect on the power relationship between doctor and patient.

**Keywords:** Information. Protection. Empowerment. Bioethics. Social vulnerability.

**SUMÁRIO:** Introdução. 1 O direito à informação na relação médico-paciente como elemento essencial. 1.1 A informação como necessária para a concretização do princípio da autonomia. 1.2 O esclarecimento como fundamental para obtenção do consentimento. 2 A condição de vulnerabilidade social do paciente. 3 O direito à informação como fundamental para a proteção e o empoderamento do paciente em condição de vulnerabilidade social. 3.1 O empoderamento e a proteção para a bioética latino-americana. 3.2 A proteção e o empoderamento do paciente em situação de vulnerabilidade social através da informação. Considerações finais. Referências.

## INTRODUÇÃO

Percebe-se que o paciente, em sua relação com o profissional de Medicina, se encontra em uma posição mais vulnerável, ou seja, seria suscetível de ser ferido, em razão da própria enfermidade e pelo o fato deste sujeito, muitas vezes, ser leigo no que diz respeito às técnicas e métodos da ciência médica. Contudo, em diversos casos, os indivíduos que se necessitam de cuidados médicos, além de possuírem esta vulnerabilidade específica, também seriam vulneráveis por circunstâncias socioeconômicas.

Isto é, determinados pacientes se encontram em condição de vulnerabilidade social devido a um cenário de exclusão e de desigualdade que retira o poder de manifestação destes sujeitos, reduzindo ainda mais a sua capacidade de autodeterminação – de expressarem a sua vontade, durante o tratamento ou procedimento. Desta forma, cabe ao médico reconhecer as fragilidades existentes e atuar para preservar a autonomia destes indivíduos, que é a expressão da própria liberdade enquanto ser humano.

Neste sentido, observa-se que o direito à informação possui um papel importante na relação médico-paciente, tendo em vista que seria pressuposto para a manifestação da autonomia do sujeito, pois é necessário que haja informação para que o paciente expresse o seu consentimento livre e esclarecido. Ressalta-se que a informação perpassa pelo estabelecimento de um diálogo efetivo que deve ocorrer em uma linguagem acessível, sendo imprescindível que haja o entendimento da outra parte.

Deste modo, o presente artigo busca analisar o direito à informação como fundamental para a proteção e o empoderamento do paciente que se encontra em condição de vulnerabilidade social. Utiliza-se as expressões “empoderamento” e “proteção” em referência às correntes da Bioética latino-americanas chamadas de Bioética de Intervenção e Bioética de Proteção.

Vale ressaltar que a pesquisa utilizada para a construção do trabalho foi de natureza predominantemente bibliográfica – através de diplomas normativos, livros, artigos e periódicos que abordam a temática - e qualitativa - pois buscou a interpretação e avaliação do objeto que se pretende examinar.

Com fito de se alcançar o objetivo pretendido, será analisado no segundo capítulo o direito à informação como elemento essencial na relação médico-paciente, bem como, a informação como necessária para a concretização do princípio da autonomia e o esclarecimento como fundamental para a obtenção do consentimento, perpassando por conceitos como dever de informação, autonomia, consentimento informado e consentimento livre e esclarecido.

No terceiro capítulo examinar-se-á a condição de vulnerabilidade social do paciente, sendo trabalhados os múltiplos sentidos de vulnerabilidade para a Bioética e a diferenciação entre vulneração e vulnerabilidade. Por fim, no quarto capítulo irá ser investigado o direito à informação como fundamental para a proteção e o empoderamento do paciente em condição de vulnerabilidade social, sendo analisados os conceitos de “empoderamento” e “proteção” para a Bioética de Intervenção e Bioética de Proteção, e de que forma a informação seria um instrumento de empoderamento e proteção para o paciente vulnerável por razões socioeconômicas.

## **1 O DIREITO À INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE COMO ELEMENTO ESSENCIAL**

O médico, durante o exercício da profissão, deve observar os seus deveres de conduta, e dentre eles, estaria o dever de informação. Isto é, o paciente precisa ser informado acerca da necessidade de determinada conduta ou de intervenção médica, assim como, sobre os riscos ou consequência do tratamento ou procedimento que será realizado (FRANÇA, 2017, p. 262). Este dever não transfere para o paciente a responsabilidade pelo ato médico, mas possibilita a sua interferência no tratamento, e que este sujeito passe a opinar sobre o que irá ser feito com seu corpo, permitindo assim que possam ser feitas as escolhas que definem a sua qualidade de vida (PAZINATTO, 2019, p. 238).

O Código de Ética Médica, estabelece, em seu artigo 34, uma vedação ao médico, em deixar de informar ao paciente sobre o diagnóstico, prognóstico, os riscos e os objetivos, ensejando a responsabilização perante os Conselhos Regionais de Medicina no descumprimento deste dever ético-profissional. Todavia, é observado que o dever de informar não é absoluto. O próprio artigo 34, estabelece uma exceção, nos casos em que a comunicação direta possa ocasionar dano ao paciente, devendo, nestas hipóteses, ser realizada a comunicação ao seu representante legal (CFM, 2018).

Cabe inclusive evidenciar a existência do chamado privilégio terapêutico, que é uma situação em que se admite a ocultação de determinadas informações, excepcionalmente, quando o próprio médico acredita que essas informações, caso o paciente saiba, ocasionarão efeitos adversos sobre a sua saúde (MARCHI; SZTAJN, 1998, p. 05). Isto é, seriam casos em que a própria transmissão de informação pode ocasionar danos ao paciente, a exemplo do cardiopata, bem como, o sujeito com depressão profunda. Nestas situações deve haver uma análise criteriosa do profissional (BERGEINSTEIN, 2010, p. 110).

Para o Direito Civil, o dever de informar seria uma decorrência do princípio da boa-fé objetiva. A boa-fé objetiva possui previsão, no Código Civil de 2002, em caráter geral, como cânone de interpretação dos negócios, como métrica para a aferição da licitude no exercício de direitos derivados de negócios jurídicos e como cláusula geral dos contratos, servindo à sua integração. Destaca-se que a boa-fé, em sua vertente objetiva, consiste em uma fonte geradora de deveres jurídicos anexos, como os de cooperação, informação, proteção e de considerações às legítimas expectativas do outro (MARTINS-COSTA, 2016, p. 40-43).

Haveria também uma previsão do dever de informação no Código de Defesa do Consumidor (CDC), nos artigos 6º e 8º, sendo imprescindível que esta informação seja oferecida de maneira clara e adequada, bem como, que seja necessária. Cabe salientar que a relação médico-paciente é regida pelo CDC, devido à ausência de uma legislação específica para disciplinar estas

relações. Contudo, vale destacar que não seria essencialmente uma relação de consumo (ARAÚJO; BARBOSA, 2017, p. 206).

Ressalta-se que a informação consiste não apenas em um dever do médico, mas em um direito do paciente que compreende o direito em ser informado e o de se informar. Ambos estão positivados na Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, incisos XIV e XXXIII, no rol de Direitos e Garantias Fundamentais.

Evidencia-se que os direitos fundamentais funcionam como uma limitação à atuação do Estado em sua relação vertical com os indivíduos. Todavia, a CF/88, pautada pela ideia de solidariedade e justiça, tendo a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito, faz com que também seja necessária a aplicação direta dos direitos fundamentais nas relações jurídicas privadas. Estes direitos podem não ser exercidos, mas nunca renunciados – visto que seriam irrenunciáveis, universais, inalienáveis e imprescritíveis (CARVALHO; LIMA, 2015, p. 12-20).

Ademais, a tutela dos direitos fundamentais nas relações privadas não se esgota em uma relação geral de abstenção, ou na simples reparação civil quando forem ocasionados danos. A Constituição confere uma proteção muito mais ampla, que envolve uma tutela preventiva, assim como, uma atuação repressiva e corretiva. Deste modo, abrangeria obrigações negativas e deveres positivos, ao depender das circunstâncias nas situações em concreto (CARVALHO; LIMA, 2015, p. 21).

Logo, percebe-se que a informação consiste em um elemento essencial da relação médico-paciente. É imprescindível que o médico informe ao paciente de maneira adequada, suficiente e verdadeira, sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos, eventuais riscos e benefícios do tratamento ou procedimento que irá ser realizado. Assim, haveria um dever do médico em informar, que é protegido pelo código deontológico da profissão médica e por diplomas legislativos - como o Código Civil (em decorrência da boa-fé objetiva) e o CDC – e também um direito fundamental à informação, previsto pela Constituição, que deve ser assegurado ao paciente.

### **1.1 A informação como necessária para a concretização do princípio da autonomia**

A informação é necessária para a concretização do princípio da autonomia em sua acepção para a Bioética. Desta forma, cabe realizar uma breve análise acerca do que consiste no princípio da autonomia.

Por muito tempo, predominava na relação médico-paciente o paternalismo, que se originou na Medicina Hipocrática. Imperava uma visão de que o médico era o único detentor de elementos para poder delimitar a terapêutica a ser eleita e o tratamento ministrado (BERGNSTEIN, 2010, p. 11). Sendo assim, era dever do profissional, conforme o seu julgamento e habilidade, atenuar a divulgação do diagnóstico para amenizar o sofrimento do paciente, sendo ocultadas as prováveis consequências e alternativas disponíveis. A postura do médico era entendida como uma virtude, pois possuía o objetivo de não adicionar mais peso à dor e incerteza do paciente e de sua família (SALES, 2009, p. 2).

A visão acentuadamente paternalista da relação médico-paciente, passou a ser contestada somente com o desenvolvimento dos direitos humanos e dos ideais de emancipação dos indivíduos, durante o Iluminismo, no século XVIII. Todavia, a mudança de paradigma desta relação, ocorreu mais de um século depois, devido as atrocidades praticadas nos campos de concentração, na Segunda Guerra Mundial, sob o argumento de obtenção de conhecimento científico. No pós-guerra predominou um sentimento de aversão a toda e qualquer intervenção médica que ocorresse sem o consentimento do paciente (BERGNSTEIN, 2010, p. 19-20).

Neste contexto, foi concebida a Bioética, durante os anos 70, nos Estados Unidos, como um novo modo de perceber e encarar, o mundo e a vida, a partir de uma ética aplicada. Através de ferramentas teóricas e metodológicas, a Bioética permite uma reflexão ética acerca de moralidades

na área da saúde, proporcionando, assim, impactos significativos nas discussões destes problemas éticos (GARRAFA, 2005a, p. 126-127).

Em 1978, foi publicado Relatório Belmont, um dos principais marcos históricos e normativos para a Bioética, na medida em que estabeleceu três princípios, supostamente universais, para promover a base da reflexão desta ética aplicada - o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça. Baseado neste relatório, foi formulada a Teoria Principalista, por Beauchamp e Childress. Os autores sugeriram quatro princípios como essenciais para o debate bioético, acrescentando o princípio da não-maleficência, aos princípios estabelecidos pelo *Belmont Report*, e interpretando o respeito às pessoas como princípio da autonomia (DINIZ; GUILHEM, 2002, p. 18-22).

A palavra autonomia, em uma análise etimológica, deriva do grego *autos* e *nomos*, que significam, respectivamente, “próprio” e “governo,” regra” e “lei”, sendo em um primeiro momento utilizada para se referir a autogestão das cidades-estado independentes gregas. Com o passar do tempo, o uso da expressão autonomia se estendeu aos indivíduos, assumindo múltiplos sentidos, e dentre eles cabe destacar o de liberdade (BEAUCHAMP; CHILDRES, 2002, P. 137-138).

Ressalta-se que o princípio da autonomia, ou princípio do respeito à autonomia estabelece que além de se assegurar a existência de um agente autônomo e de não intervir em suas escolhas, é necessário que seja respeitado o direito de exercer a sua liberdade, isto é, de agir independentemente de agentes externos controladores o que implica em um tratamento com o objetivo de capacitar os sujeitos para que estes possam agir autonomamente (BEAUCHAMP; CHILDRES, 2002, p. 137-143).

Conforme a tradição deontológica kantiana, a autonomia seria considerada como uma propriedade constitutiva da pessoa humana. O ser humano enquanto autônomo escolheria as suas normas e os seus valores, bem como, realiza seus projetos e toma decisões. A autonomia estaria associada a liberdade individual e embasada na vontade, assim, infringir a autonomia é violar a própria pessoa (SEGRE *et al*, 2009, p. 05).

Segundo Kant (2007, p. 67-93) a vontade seria “uma espécie de causalidade dos seres vivos, enquanto racionais” e liberdade “a propriedade desta causalidade, pela qual ela pode ser eficiente, independentemente de causas estranhas que a determinem”. Deste modo, a autonomia é antecedida pela liberdade e seria o fundamento de toda a dignidade da natureza humana e de toda a racionalidade. Deve-se então considerar o imperativo categórico que compreende que o ser humano é um fim em si mesmo.

Assim, a autonomia, antes de tudo, seria ontologicamente anterior ao próprio Sistema Jurídico, podendo ser compreendido como um pressuposto inerente à condição da humanidade. Desta forma, evidencia-se que a condição humana é eminentemente autônoma e que o atributo da racionalidade conduz, quase que naturalmente, à capacidade de autonomia dos sujeitos (ARAÚJO, SILVA, 2017, p. 729).

Cabe evidenciar que a autonomia bioética não se confunde com a capacidade civil. A escolha legislativa dos critérios, que foram estabelecidos pelo Código Civil de 2002, para a definição de capacidade, ocorreram com o objetivo de assegurar a segurança jurídica para os atos que possuem forte cunho patrimonial. Assim, nas decisões sobre os atos da vida humana que se referem ao corpo e a saúde, a autonomia deve ser observada pela capacidade bioética, que depende de uma avaliação individual da situação em concreto (AGUIAR, 2012, p. 86-88).

O exercício da autonomia, tanto do médico, quanto do paciente, pressupõe o acesso de informações relacionadas à saúde daquele indivíduo. Isto é, o médico só irá agir de maneira autônoma caso tenha conhecimento da totalidade de informações que apenas o paciente, enquanto titular de sua saúde, poderá fornecer. Do mesmo modo, a obtenção legítima do consentimento do paciente, que nada mais é do que exercício de sua autonomia, depende do fornecimento das informações técnicas que cabe ao médico esclarecer (ARAÚJO, 2018, p. 14).

Ou seja, o princípio da autonomia da vontade possui como pressuposto a informação. Desta forma, seria uma via de mão dupla: assim como o paciente tem o direito de ser informado para que possa decidir de maneira livre e consciente, o profissional médico também tem o direito de ser comunicado acerca de todas as informações que se relacionem ao histórico do paciente, para proporcionar um melhor tratamento a este sujeito (ARAÚJO; FERNANDES, 2021, p. 161).

Convém reforçar que o respeito à autonomia é um dos princípios basilares da ética biomédica, tendo em vista que a autonomia consiste em um pressuposto inerente a própria condição humana. Destarte, é essencial que seja assegurado o exercício da liberdade dos sujeitos que fazem parte das relações que são objeto de reflexão da Bioética, como a relação médico-paciente, sendo o direito à informação imprescindível para que tanto o paciente, quanto o médico, exerçam a sua autonomia.

## 1.2 O esclarecimento como fundamental para a obtenção do consentimento

Desta forma, vale salientar que o esclarecimento através da informação e de uma boa comunicação é fundamental para obtenção do consentimento do paciente. O Código de Ética Médica, em seu artigo 22, veda que ocorram procedimentos, sem que seja obtido o consentimento do paciente ou do seu representante legal, após o devido esclarecimento necessário, salvo em risco evidente de morte (CFM, 2018).

Cabe distinguir o consentimento informado do consentimento livre e esclarecido. Todavia, enfatiza-se a necessidade de ambos serem obtidos conjuntamente através de um processo dialógico entre o médico e o paciente. O consentimento informado é um procedimento baseado no diálogo, no qual há uma troca de informações entre os sujeitos da relação médico-paciente, com o objetivo de obter o esclarecimento do indivíduo para que esse conceda o consentimento livre e esclarecido, para legitimar a atuação do profissional da Medicina, protegendo a autodeterminação do paciente (MAIA, 2011, p. 116 e 117).

O consentimento informado surge do reconhecimento de que o exercício da autonomia - manifestada pela emissão do consentimento - para ser adequado necessita que se tenha como pressuposto o acesso à informação. Logo, pode-se defender que não existe consentimento sem informação (ARAÚJO, 2018, p. 16). Vale evidenciar como elementos do consentimento informado a competência, a revelação da informação, o entendimento, a voluntariedade e a obtenção do consentimento livre e esclarecido (REQUIÃO, 2009, 1216).

Deste modo, destaca-se que o consentimento deve ser obtido por um sujeito capaz e que esteja apto para entender e considerar, de maneira razoável, uma proposta ou conduta médica, bem como, deve ocorrer de forma livre, isenta de influência, coação ou indução. Além disso, o dever de informar do médico seria um requisito prévio e essencial para o consentimento do paciente (FRANÇA, 2017, p. 262). Ressalta-se que a informação deve ser suficiente e adequada, proporcionando uma total compreensão acerca dos riscos e consequências, para dar subsídios a obtenção do consentimento destes sujeitos (MEIRELES, FERREIRA, 2020, p. 246).

Assim, acrescenta-se que não basta que ocorra o fornecimento de informações ao paciente, mas é necessário que também que o sujeito seja capaz de compreendê-la. Deste modo, uma informação que é prestada com o uso predominante de jargão médico, por exemplo, que dificulta ou impeça o entendimento do que foi dito, não seria uma informação suficiente para o consentimento informado. O entendimento estaria vinculado diretamente com a informação - inclusive podendo ser considerado que não houve transmissão de informação se o fornecimento aconteceu de modo ininteligível para o paciente (REQUIÃO, 2009, 1217).

Observa-se que o consentimento é livre quando o indivíduo possui uma representação mental e psíquica da realidade, no que diz respeito ao alcance do ato sobre o qual irá consentir. Ademais, para o consentimento ser livre é necessário que em sua elaboração, não advenha de erro, coação ou qualquer outro tipo de procedimento duvidoso ou ambíguo que possa prejudicar ou

reduzir a captação das informações ou até mesmo a liberdade de deliberação deste sujeito (SALLES, 2010, p. 5).

A obtenção do consentimento livre e esclarecido não consiste apenas na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O consentimento livre e esclarecido é obrigatório na prática médica, visto que todo paciente tem o direito de se manifestar acerca do seu tratamento. Já o TCLE é um termo formal, assinado tanto pelo paciente quanto pelo profissional, e que é recomendado pelo Conselho Federal de Medicina em procedimentos mais complexos, a exemplo de exames invasivos e cirurgias, não sendo, portanto, necessário em todas as situações (PAZINATTO, 2019, p. 241).

Convém destacar que a obrigatoriedade da obtenção do consentimento pelo paciente não pressupõe a sua imutabilidade e permanência. Isto é, o consentimento livre e esclarecido poderia ser revogado a qualquer tempo, através de uma decisão voluntária, livre, consciente e esclarecida, sem que sejam imputadas penalidades ao paciente (FORTES, 2009, p. 04).

Logo, percebe-se que o consentimento informado é um processo baseado na troca de informações, com o fito de esclarecer o paciente para que este conceda o seu consentimento livre e esclarecido, e desta forma, haja a manifestação da autonomia da vontade. Ressalta-se que este procedimento dialógico compreende não só a simples exposição da informação, mas que esta seja compreendida pelo paciente, sendo o entendimento um elemento fundamental para o consentimento informado.

## 2 A CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL DO PACIENTE

Cabe evidenciar que a obtenção do consentimento do paciente – que é a concretização do princípio da autonomia - e o esclarecimento prévio que deve ser oferecido pelo médico, precisam levar em consideração as vulnerabilidades presentes na situação em concreto.

Identificar a condição de autônomo do paciente é uma tarefa desafiadora pois inúmeros aspectos podem influenciar a tomada de decisão destes indivíduos em uma situação concreta. Dentre estes aspectos vale destacar as vulnerabilidades, que possuem naturezas distintas e revelam causas também diversas. Assim, a aferição da real autonomia de um sujeito exige a aferição de suas existentes e potenciais vulnerabilidades. Isto é, o exercício da autonomia não pode ser aferido sem que sejam verificadas as vulnerabilidades (ARAÚJO, 2018, p. 14-15). Desta forma, demonstra-se relevante examinar quais seriam os sentidos de vulnerabilidade para a Bioética.

Em uma análise etimológica, percebe-se que vulnerabilidade é uma palavra derivada do latim de *vulnus(eris)* que significa “ferida”. Destarte, a vulnerabilidade poderia ser compreendida, como a possibilidade do indivíduo ser ferido. Todavia, a vulnerabilidade no âmbito da Bioética possui diversos sentidos: a) o de condição humana universal, em sua função nominal; b) como característica, em uma função adjetiva; c) como princípio ético internacional (NEVES, 2006, p. 158-168).

A vulnerabilidade, em sua função nominal ou substantiva, compreende-se como uma condição humana universal que descreve a realidade comum do homem, não sendo um fator de diferenciação entre os indivíduos e populações, mas de igualdade entre todos. Seria uma solicitação de responsabilidade e solidariedade, remetendo a uma concepção antropológica como fundamento da ética, pois o modo como os sujeitos agem decorrem do que eles são e a comum vulnerabilidade instaura um sentido de dever universal na ação humana (NEVES, 2009, p. 166-167).

A vulnerabilidade substantiva seria uma condição humana universal uma vez que o ser humano é vulnerável, assim como todo ser vivo, em razão da finitude da própria vida. Contudo, o ser humano seria vulnerável, não somente em seu organismo e fenômenos vitais, mas também na maneira que constrói a sua vida, ou seja, no seu projeto existencial e também por saber acerca de sua vulnerabilidade, diferentemente dos outros seres vivos (FELÍCIO; PESSINI, 2009, p. 207).

Ressalta-se que a acepção “vulnerabilidade” foi introduzida no vocabulário da Bioética, pelo *Belmont Report*, em sua função adjetiva. Este sentido seria mais restrito, comum e imediatamente apreensível. Assim, a vulnerabilidade consistia em uma característica provisória e particular, de utilização restrita ao plano da experimentação humana, com a função de qualificar determinados indivíduos. Contudo, com o desenvolvimento da Bioética na Europa durante os anos 80, a expressão ganhou um novo significado: de condição universal que descreve a realidade comum do homem, não apenas no plano da pesquisa, mas também na assistência clínica e em políticas de saúde (NEVES, 2006, p. 159–166).

Deste modo, pode-se entender também a vulnerabilidade como uma característica particular de determinados indivíduos e/ou grupos de indivíduos, o que impõe a obrigatoriedade ética de defesa e proteção destes sujeitos (FELÍCIO; PESSINI, 2009, p. 207). Acrescenta-se a vulnerabilidade em seu sentido adjetivo pode pressupor a existência de relações desiguais, assimétricas. Esta desigualdade pode ocorrer por inúmeras razões, como por exemplo, por motivos sociais, culturais, econômicos ou pessoais (ALMEIDA, 2010, 539).

Por fim, a vulnerabilidade é também princípio ético internacional. Entender a vulnerabilidade como um princípio traz-se um novo sentido a sua acepção, visto que princípios exprimem uma obrigação que se impõe a consciência moral na forma de um dever. Assim, ocorreriam implicações não somente no plano teórico, mas também em sua aplicação prática (NEVES, 2006, p. 163–166).

Sendo elevada à condição de princípio, a vulnerabilidade visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em que a autonomia e o consentimento se manifestam de maneira insuficientes. Desta forma, ressalta-se que assume uma característica de proteção dos sujeitos vulneráveis, cujo a capacidade de dar o consentimento livre e esclarecido, no caso concreto, estaria comprometida (FELÍCIO; PESSINI, 2009, p. 207-208).

Observa-se que o reconhecimento formal da vulnerabilidade enquanto princípio ocorreu durante a segunda metade da década 90. Na Declaração de Barcelona, de 1998, aparece pela primeira vez como princípio bioético básico, compreendendo a “condição de todas as vidas, humanas ou não humanas, serem possíveis de serem feridas” A ideia de proteção dos vulneráveis, segundo a Declaração, permitiria a criação de uma ponte entre estranhos morais, o que é imprescindível em uma sociedade pluralista (SILVA, 2016, p. 77-78).

Destaca-se que a expressão “estranhos morais” consiste em um termo utilizado por H. Tristram Engelhardt, em referência às interações entre os sujeitos que não compartilham premissas morais suficientes para resolver controvérsias através de uma argumentação racional ou que não demonstram um compromisso comum com as pessoas ou instituições que possuem autoridade para solucioná-las. Esta diversidade moral insolúvel se apresenta na ausência de consenso, no que diz respeito as principais questões da vida humana, o que faz com que emergja a conclusão de que não haveria solução para tais controvérsias. Os sujeitos da relação médico-paciente seriam estranhos morais (BARBOSA, 2019, p. 68-69).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, documento supranacional, publicado em 2005 pela Unesco, em seu artigo 8º, também elevou a vulnerabilidade como princípio. Este documento determinou que os grupos que possuem uma vulnerabilidade específica necessitam de proteção especial e que deve ser assegurado o respeito da integridade individual de cada sujeito (SILVA, 2016, p. 78).

Cabe ressaltar que os pacientes são sujeitos que se encontram em uma situação de vulnerabilidade adjetiva maior do que a dos médicos. A posição frágil do paciente em sua relação com o médico seria evidenciada pela condição de sujeito atécnico, isto é, por ser leigo em relação às técnicas e métodos da ciência médica. Ademais, haveria ainda uma assimetria original na relação médico-paciente, em razão do poder do discurso do médico sobre o enfermo (ARAÚJO, 2018, p. 22).

Observa-se que os médicos também seriam suscetíveis de serem feridos, isto é, seriam vulneráveis, na medida em que, por exemplo, poderiam sofrer danos físicos ou psíquicos, em razão do exercício de sua profissão. A título ilustrativo, vale ressaltar, a síndrome de *burnout*, que ocorre em profissionais de saúde devido à diversos fatores, dentre eles a alta exaustão emocional decorrente do trabalho (LIMA *et al*, 2013).

Contudo, evidencia-se que os pacientes possuiriam uma maior vulnerabilidade, em razão de sua enfermidade. A própria expressão “enfermo” é derivada do latim *infirmus*, que significa sem firmeza física e moral, e enfatiza a posição de fragilidade destes indivíduos (BERGSTEIN, 2010, p. 19). Assim, estes sujeitos possuiriam uma maior suscetibilidade em serem feridos por estarem em uma relação em que dependem de cuidados de outrem, além da desigualdade no acesso à informação.

É cabível fazer uma analogia ao pensamento foucaultiano que entende que o indivíduo ser detentor de um “saber”, o coloca em uma condição de “poder”. Assim, os profissionais de Medicina, por serem detentores do conhecimento médico e científico, exerceriam uma espécie de “poder” em sua relação com o paciente, em razão da existência de uma assimetria informacional (VASCONCELOS, 2012, p. 391-392).

Vale salientar que o exercício de “poder” do médico sobre o paciente, é baseado na crença da verdade da ciência, que tende a levar o médico, em inúmeros casos, conscientemente ou não, a assumir uma posição de onipotência em relação ao próprio paciente. Isto é, não seria apenas o simples fato do profissional ser detentor de um conhecimento que o colocaria em uma condição de poder, mas a forma que este conhecimento é utilizado, a exemplo de situações em que o médico atua como guardião de uma verdade que deve ser imposta ao paciente (MARTINS, 2004, p. 24-25).

É observado que a relação de poder entre o médico e paciente estaria ainda mais evidente na assistência prestada aos indivíduos excluídos da sociedade, que não detêm poder financeiro ou estudo adequado. Estes indivíduos possuem a sua autonomia desrespeitada também por não serem vistos como autônomos mesmo quando não estão na condição de pacientes (MARTINS, 2004, p. 25). Isto é, destaca-se que a atuação médica, em inúmeros casos, seria desvirtuada através da utilização do poder de conhecimento que o médico detém, em razão da vulnerabilidade específica do paciente, decorrente do estado de doença, mas que é potencializada por circunstâncias de natureza econômica e /ou social (SILVA, 2016, p. 70).

Neste sentido, destaca-se a vulnerabilidade social, que se relaciona à discriminação, a sujeição e a exclusão de determinados grupos e o seu poder de reação. No Brasil, a vulnerabilidade social seria reforçada em razão das desigualdades sociais o que dá continuidade a uma lógica perversa de que determinadas vidas possuiriam “mais valor” do que as outras. Desta forma, acaba sendo retirado de determinados grupos ou sujeitos, o poder de manifestação, de participação e de acesso a bens e serviços, passando a marginalizar estes indivíduos (MACHADO, GARRAFA, 2018, p. 19).

Observa-se que a vulnerabilidade social remete a fragilidade, desproteção e ao desfavorecimento. Isto é, se relaciona com a estrutura da vida cotidiana dos sujeitos, podendo ocorrer por diversos motivos como as disparidades socioeconômicas, as fraquezas nos níveis de instrução, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, questões relacionadas ao gênero, raciais e étnicas (GARRAFA, 2012, p. 14).

Ademais, seria possível verificar uma outra classificação para tipificar as expressões de vulnerabilidade, sugerida por Wendy Rogers e por Angela Ballantyne (2008, p. 32), que compreende a existência de dois tipos de vulnerabilidades: uma vulnerabilidade extrínseca - ocasionada por circunstâncias externas que decorrem do contexto socioeconômico do paciente - e uma vulnerabilidade intrínseca - em razão de características que se relacionam com os próprios indivíduos ou populações. Ambos os tipos de vulnerabilidade levantam questões éticas e podem ocorrer isoladamente ou de maneira conjunta.

A vulnerabilidade extrínseca ocorre em razão de circunstâncias sociais injustas que deixam o indivíduo suscetível de ser ferido, podendo ser ocasionado como dano a obtenção de um consentimento inadequado ou por meio de coação ou até mesmo ocorrer a exploração deste sujeito. Dentre essas circunstâncias estaria a falta de poder, a pobreza, a desvantagem educacional e a falta de acesso de cuidados básicos na saúde. Acrescenta-se que a vulnerabilidade extrínseca pela falta de poder ocorre quando são negados injustamente direitos sociais e políticos a determinados grupos (ROGER; BELLANTYNE, 2008, 32-34). É perceptível que a vulnerabilidade extrínseca se assemelha muito a vulnerabilidade social.

Já a vulnerabilidade intrínseca resulta de características específicas relativas a indivíduos ou populações, como por exemplo, a doença mental, a deficiência intelectual, doenças graves e os extremos de idade - crianças e idosos. Cabe ressaltar que pessoas com vulnerabilidade intrínseca, em países com um contexto de desigualdade social muito forte, também seriam extrinsecamente vulneráveis, pois percebe-se que neste cenário, além de haver a vulnerabilidade por características particular, também seriam negados direitos injustamente, e haveria falhas no acesso à educação e ao cuidado em saúde (ROGER; BELLANTYNE, 2008, 32-34).

Ressalta-se que os conceitos de vulnerabilidade coexistem, isto é, as vulnerabilidades não seriam “rótulos”. Ou seja, em um único sujeito pode estar presente mais de um tipo de vulnerabilidade. Neste sentido, cabe evidenciar a “metáfora das capas” que compreende que as vulnerabilidades devem ser pensadas como camadas. Não existiria uma única e sólida vulnerabilidade no caso concreto, mas uma sobreposição de vulnerabilidades e uma operabilidade múltipla. Esta metáfora oferece flexibilidade na concepção de vulnerabilidade (LUNA, 2008, p. 07-08).

Deste modo, cada caso demandaria uma análise individualizada. Assim, a “metáfora das capas” envolve a compreensão de vulnerabilidade voltada para a aferição do contexto, a partir da percepção das condições que estão envolvidas na situação concreta. Destarte, as vulnerabilidades não devem ser pensadas e nem interpretadas como categorias rígidas, que não seriam capazes de ser contornadas (ARAÚJO, 2018, p. 21-22).

Ademais, além de entender os múltiplos sentidos de vulnerabilidade é também relevante distinguir a vulnerabilidade da efetiva vulneração. A vulnerabilidade, consiste em uma mera potencialidade ou fragilidade, enquanto que a vulneração seria uma situação de fato (SCHRAMM, 2006, p. 192). Assim, o sujeito vulnerado não está apenas submetido a riscos de vulneração, mas se encontra diretamente afetado – o que seria constatável por qualquer observador racional e imparcial. Desta forma, estaria na condição existencial de não poder exercer as suas potencialidades para que possa ter uma vida digna e de qualidade (SCHRAMM, 2008, p. 11-20).

Isto é, o sujeito vulnerado não estaria mais diante de uma suscetibilidade de vir a ser ferido, mas já sofreu um dano concreto. Cabe reforçar que a diferenciação entre sujeitos vulnerados e vulneráveis, não é apenas um conflito semântico, sendo importante para o debate bioético da maneira efetiva, para que possa ser realizada uma análise dos prejuízos que foram sofridos pelos sujeitos vulnerados (KOTTOW, 2012, p. 30-31).

Pode se defender que os indivíduos que se encontram em exclusão social, e não possuem direitos ou liberdades fundamentais que são essenciais para decidir o curso básico da vida, não se enquadrariam como vulneráveis, mas vulnerados, visto que nestas situações existe não uma potencialidade, mas, de fato, um dano concreto (KOTTOW, 2012, p. 30).

Reconhecer a existência das vulnerabilidades presentes nas situações em concreto é essencial para que se possa auxiliar o indivíduo a superar estas fragilidades. Cabe destacar que inclusive o afastamento de uma situação de vulnerabilidade pode permitir com que a redução da autonomia naquela circunstância seja reversível e que estes indivíduos se tornem livres para tomarem suas decisões de forma autônoma (ALMEIDA, 2010, p. 539-541).

Ademais, é perceptível que quanto mais grave a presença de uma vulnerabilidade, maior seria o dever do médico em preservar a autonomia do paciente. Esta garantia deve ser realizada de

uma maneira a alcançar o outro em uma vivência de alteridade, para que o consentimento deste sujeito seja obtido da forma mais autônoma possível. A alteridade permite que o sujeito, em suas relações interpessoais, se coloque no lugar do outro - não com o objetivo de decidir por este indivíduo, mas para perceber as necessidades e proporcionar o respeito as diferenças existentes (SILVA, 2016, p. 83).

Sendo assim, cabe ressaltar que é necessária uma atuação do profissional médico, baseada na percepção das necessidades do outro e em respeito à diversidade de realidades, levando em conta os diferentes tipos de vulnerabilidades existentes nas situações em concreto, garantindo uma proteção especial para estes indivíduos – em destaque para os sujeitos que se encontram em potencialidade de serem feridos, ou já estariam feridos, pelo contexto socioeconômico - para assegurar o exercício da autonomia da vontade destas pessoas.

### **3 O DIREITO À INFORMAÇÃO COMO FUNDAMENTAL PARA A PROTEÇÃO E O EMPODERAMENTO DO PACIENTE EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

É necessário que o médico atue de modo a proporcionar a preservação da autonomia do paciente que se encontra em situação de vulnerabilidade. Observa-se que, em determinados casos, os pacientes além de serem vulneráveis em razão de sua enfermidade, e por dependerem da assistência médica, se encontram em condição de vulnerabilidade social por circunstâncias socioeconômicas, como por exemplo, a fragilidade nos níveis de educação, o que pode vir a prejudicar a manifestação de vontade.

Isto é, destaca-se que o indivíduo vulnerável, suscetível de ser ferido, possui a sua capacidade de autodeterminação reduzida, o que torna desafiadora, em muitos casos, a realização de uma escolha totalmente livre, tendo em vista que sua liberdade se encontra minorada (MEIRELES; FERREIRA, 2020, p. 246). Assim sendo, durante o tratamento ou procedimento médico, e principalmente no momento de obtenção do consentimento do paciente, as subjetividades e particularidades da pessoa, bem como, o contexto de vulnerabilidade em que se insere, devem ser levados em conta pelo profissional da área médica, para preservar o exercício da autonomia da vontade deste indivíduo (AGUIAR; MEIRELES, 2017, p. 723-724).

Deste modo, o direito à informação – que compreende não apenas a mera transmissão do conhecimento, mas também o entendimento e a compreensão do outro acerca do que está sendo transmitido – possui um papel fundamental para garantir a proteção e o empoderamento destas pessoas que necessitam de cuidados médicos e estão em condição de vulnerabilidade social, pois o consentimento adequado pressupõe o acesso a informações de forma também adequada.

Cabe reforçar que o dever de informar compreende não apenas uma simples explicação dos aspectos técnicos, mas consiste também no estabelecimento de uma comunicação entre os sujeitos da relação médico-paciente, que deve ser efetivo, através de uma linguagem acessível que permita a compreensão do paciente. Vale acrescentar que a fidedignidade, a confiança, que deve ser a base do relacionamento entre médicos e pacientes, seria conquistada através de uma boa comunicação (PRINCHAK; SILVA, 2020, p. 41-42).

Destarte, a informação é essencial para contribuir com o afastamento das vulnerabilidades presentes no caso concreto e para reverter a redução de autonomia, permitindo que estes indivíduos possam expressar as suas vontades e decidir de forma plena, sem prejuízos.

#### **3.1 O empoderamento e a proteção para a bioética latino-americana**

Convém acrescentar que se demonstra relevante discutir sobre as Teses da Bioética de Intervenção que tratam sobre o empoderamento, a emancipação e a libertação dos pacientes, assim como, analisar em que consiste proteger para a Bioética de Proteção.

Observa-se que a Teoria Principlista, desenvolvida por Beauchamp e Childress, buscou trazer um idealismo universalizante, com um espírito supostamente transcultural, o que fez com que se tornasse uma espécie de técnica ética, uma “formula mágica”, quase que sagrada, para mediar grande parte dos conflitos morais na área da saúde. Todavia, este suposto universalismo dos princípios ignorava deliberadamente as diferenças socioculturais entre os diversos contextos existentes, o que passou a ser questionado, por diversos autores, na década de 90 (DINIZ; GUILHEM, 2002, p. 33).

Pode-se defender que haveria uma hegemonia da bioética anglo-saxônica tendo em vista que os princípios e a linguagem da Bioética seriam, em primeiro lugar, anglo-saxões pois foram criados em um contexto econômico e social bem determinado – marcado pelo intervencionismo estatal reduzido, pelo incentivo da livre iniciativa e da responsabilidade individual - o que faz com que estes sejam um próprio reflexo da realidade norte-americana (BYK, 2015, p. 95).

Assim sendo, defende-se que a Bioética Principlista, com o passar do tempo, revelou-se ser insuficiente para analisar os problemas existentes a nível mundial, e que foram maximizados pelo próprio processo de globalização econômica. Evidencia-se então o surgimento de inúmeras correntes da bioética, como a Bioética de Intervenção, corrente latino-americana que surge como uma proposta epistemológica para combater a hegemonia do Principlismo (GARRAFA, 2005a, p. 125-128).

É perceptível que muitos países da América-Latina e da Ásia buscaram transformar a Bioética e a sua linguagem de forma a contemplar o debate Norte-Sul acerca do acesso a inúmeros direitos que são elementares, mas que ainda não são efetivos para a maior parte da população mundial como por exemplo, a saúde, a moradia, a alimentação. Haveria uma necessidade de se refletir sobre a efetividade de direitos humanos já reconhecidos, uma vez que a Bioética diz respeito a uma abordagem dos direitos humanos de forma contextualizada, ou seja aplicados às ciências e às técnicas, mas sem limitá-los às aplicações biomédicas do ser humano (BYK, 2015, p. 111).

Neste contexto, surge a Bioética de Intervenção, que defende que a esfera pública e coletiva deve priorizar políticas públicas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de sujeitos possíveis, durante o maior espaço de tempo, e que resultem em melhores consequências, ainda que em prejuízo de determinadas situações individuais. Além disso, compreende que a esfera individual e privada deve procurar soluções viáveis e práticas para os conflitos éticos que são identificados, mas de acordo com o próprio contexto onde ocorrem (GARRAFA, 2005a, p. 125-131).

A reflexão para Bioética de Intervenção perpassa por três expressões que buscam embasar a discussão acerca da intervenção bioética no campo social: o empoderamento, a libertação e a emancipação. O empoderamento consiste em um elemento capaz de ampliar, ou seja, de fortalecer as vozes dos indivíduos que geralmente são afastados do poder de decisão, muitas vezes por um processo histórico e cultural, promovendo assim, o fortalecimento dos discursos destes sujeitos que se encontram em relações assimétricas e, conseqüentemente, a inclusão social (GARRAFA, 2005b, p. 126-127).

Já a libertação, é um conceito que vem de Paulo Freire, e compreende não apenas o mero reconhecimento da existência de um poder em uma relação, mas aponta para o local em que se instala uma força e uma fragilidade. Esta força seria capaz de obrigar à sujeição de um indivíduo a outrem e a fragilidade é observada na incapacidade de se desprender da submissão que o outro exerce sobre o sujeito. Assim, a libertação para a Bioética de Intervenção, permite apontar a direção que deve ser conduzida a luta política para garantir a liberdade do indivíduo, através da tomada de consciência acerca da presença de forças opressoras e da realização de ações concretas contra esta forças que oprimem (GARRAFA, 2005b, p. 128).

Ademais, a emancipação seria a liberdade, a independência do sujeito, que é alcançada após o indivíduo eliminar a sua dependência, através do alcance do domínio acerca de si mesmo. Desta forma, seria uma conquista pelo direito de decidir e pela possibilidade real, efetiva, de

exercer este direito. Para a Bioética de Intervenção, a emancipação consistiria em um instrumento capaz de direcionar a luta para a libertação e coloca-la em uma dimensão coletiva (GARRAFA, 2005b, p. 129).

Vale também destacar outra corrente latino-americana, a chamada de Bioética de Proteção. Em seu *stricto sensu*, a Bioética de Proteção busca priorizar os sujeitos vulnerados - e os suscetíveis de sofrerem vulneração - que não são capacitados para se defender sozinhos ou agir autonomamente, por motivo independente de sua capacidade, como forma de concretização do princípio da justiça. Em *lato sensu*, a Bioética de Proteção pretende refletir acerca da sobrevivência do mundo vital, bem como, sobre a qualidade de vida dos seus integrantes (SCHRAMM, 2008, p. 11-17).

Percebe-se que a Bioética de Proteção seria uma espécie de caixa de ferramentas, teóricas e práticas, utilizadas com o objetivo de compreender, descrever e resolver os conflitos na área da saúde pública. Em razão das assimetrias que existem entre os indivíduos “empoderados” e os “não empoderados”, ou seja, entre quem detêm o poder em uma relação e quem não o detêm, os indivíduos que possuem os meios devem capacitar, para uma qualidade de vida ao menos razoável, quem de fato não o tem. Logo, os conflitos entre “empoderados” e “não empoderados” só poderiam ser solucionados através da “proteção” dos sujeitos que não detêm poder (SCHRAMM, 2012, p. 137).

A proteção, para esta corrente doutrinária, seria um princípio, proposto como o mais adequado para enfrentar os problemas morais relacionados à saúde pública, que geralmente não podem ser resolvidos pelos princípios clássicos da ética biomédica. Estaria na base do Estado Mínimo, que reconhece sua obrigação de proteger a integridade de todos os seus cidadãos. O princípio da proteção oferece a possibilidade de ser realizada uma avaliação ética voltada a percepção das necessidades que são efetivamente sentidas pela população. Ademais, possui como característica a gratuidade, no sentido de que não haveria um compromisso *a priori* em assumir atitudes protetoras, e também a vinculação, pois uma vez abertamente assumido, o compromisso torna-se irrenunciável (KOTTOW; SCHRAMM, 2001, p. 950-954).

Proteger consiste em dar o suporte adequado para que o próprio sujeito possa potencializar as suas capacidades e fazer escolhas de maneira competente. Ou seja, é proporcionar o desenvolvimento das potencialidades com o objetivo de que estes indivíduos, futuramente, deixem de precisar desta proteção. Seria então uma condição necessária para que a pessoa saia de sua situação de vulnerabilidade ou vulneração. Acrescenta-se que a proteção não confunde com o paternalismo pois as posturas paternalistas podem sufocar e infantilizar o indivíduo, em nome de um suposto bem-estar, limitando a capacidade de realizar escolhas sem depender do outro e contrariando, assim, o exercício da autonomia pessoal (SCHRAMM, 2008, p. 17-20).

Desta forma, cabe reforçar que o empoderamento e a proteção são essenciais para a superação das desigualdades existentes em relações assimétricas. O empoderamento, elemento da Bioética de Intervenção, proporciona a capacidade de fortalecer as vozes dos discursos que se encontram em posições desiguais em uma relação, a exemplo, do paciente com o médico. Já a proteção, princípio para a Bioética de Proteção, não consiste na adoção de posturas paternalistas, mas abrange a concessão do suporte necessário para que o indivíduo desenvolva as suas potencialidades e a se capacite para realizar as escolhas adequadas.

### **3.2 A proteção e o empoderamento do paciente em situação de vulnerabilidade social através da informação**

Tendo em vista os conceitos trabalhados, destaca-se que o empoderamento e a proteção, através do cumprimento adequado do direito à informação, é essencial para que o paciente que se encontra em situação de vulnerabilidade social tenha esta suscetibilidade de vir a ser ferido afastada

e, conseqüentemente, a redução da autonomia removida, possibilitando que este sujeito exprima suas vontades livremente.

Isto é, os sujeitos se empoderam através da obtenção conhecimento. Assim, o paciente que se encontra em uma situação de desigualdade pela ausência do saber, potencializada pelo contexto social, não conseguiria exercer plenamente a sua autonomia. Para que isso seja possível é preciso que este sujeito seja adequadamente informado e esclarecido com todas as informações que são pertinentes ao seu caso, devendo o vocabulário ser acessível a sua realidade (VASCONCELOS; GARRAFA, 2017, p. 45).

Ademais, a informação também consiste em uma ferramenta de proteção dos sujeitos vulneráveis, na medida em que possibilita a capacitação das escolhas adequadas, pois a informação é pressuposto do princípio da autonomia e o esclarecimento é elemento essencial para a obtenção do consentimento. O paciente ao ser informado pode decidir de forma livre e consciente acerca do seu próprio corpo e da sua saúde.

Assim, vale evidenciar que o direito à informação consiste em um elemento fundamental para o fortalecimento dos discursos dos indivíduos não empoderados e para o oferecimento do suporte adequado com o objetivo de potencializar as capacidades destes sujeitos que estão em condição de vulnerabilidade em razão de sua enfermidade e por circunstâncias socioeconômicas.

Como visto, o direito à informação perpassa pelo estabelecimento de um diálogo. Uma boa comunicação proporciona o fomento da confiança, elemento essencial da relação médico-paciente, bem como, a superação da assimetria natural desta relação e o respeito a dignidade destes sujeitos. Ressalta-se que o empoderamento do paciente – através de uma troca adequada de informações – possibilita que sejam tomadas decisões de uma maneira mais segura e autônoma, o que pode facilitar a evolução do tratamento e a restauração da saúde do paciente (PAZINATTO, 2019, p. 242).

É indispensável que o médico leve em consideração as vulnerabilidades e fragilidades presentes no caso concreto, em especial a vulnerabilidade social, tendo em vista que no Brasil, impera um cenário de profunda desigualdade e exclusão social. O médico, ao prestar assistência aos sujeitos vulneráveis socialmente, ou que já se encontram diretamente afetados, deve transpor a barreira do desconhecimento e viabilizar uma comunicação efetiva e eficaz, que nada mais é do que a concretização do próprio dever de informar e direito fundamental à informação do paciente (PAZINATTO, 2019, p. 238).

Para impedir a vulneração dos pacientes que se encontram em situação de vulnerabilidade social, isto é, para evitar que os sujeitos que necessitam de cuidados médicos e que estão em suscetibilidade de serem feridos, se tornem diretamente afetados, é necessário que seja promovido o empoderamento destes indivíduos. Não obstante, além do papel do médico em preservar a autonomia através da informação, existe também um papel do Estado no afastamento da vulnerabilidade social. É imprescindível que haja, na área da saúde, um constante aperfeiçoamento e aprofundamento das políticas públicas que sejam voltadas à equidade social e à promoção da cidadania de maneira plena para todos (VALÊNCIA; BONINI-DOMINGOS, 2016, p. 475).

Assim, é necessário que seja assegurada uma proteção com o fito de evitar danos, minimizar riscos e também para proteger os direitos fundamentais dos indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Deste modo, devem ser proporcionados meios para que estas pessoas sejam capazes de conduzir suas vidas, através do auxílio de um Estado garantidor de direitos (MACHADO; GARRAFA, 2018, p. 19).

Vale salientar que a criação de leis específicas para a proteção de grupos vulneráveis e vulnerados, embora seja importante, não é suficiente, tendo em vista que novas situações de vulnerabilidade continuarão a existir. Desta forma, é fundamental a existência de políticas públicas que sejam efetivas para concretização dos direitos das pessoas vulneradas e vulneráveis.

Evidencia-se que para que uma política pública possuir uma atuação mais eficiente e eficaz, é basilar assegurar que ela esteja voltada na centralidade da pessoa, ou seja, na integralidade

do indivíduo, para que se possa “fazer com” o sujeito, ao invés deste ser mero objeto da política implementada. Portanto, é importante que no momento de implementação da política pública haja um conhecimento da realidade concreta para que durante a definição do conteúdo e gestão do programa, o ser humano seja protagonista e sujeito do próprio desenvolvimento (SAWAYA, 2006 p. 131-134).

Cabe ressaltar que é preciso que estas políticas públicas sejam voltadas para a capacitação dos sujeitos, com o intuito destes indivíduos superarem as suas desigualdades e não precisarem mais ser protegidos, concretizando, desta forma, o princípio da proteção, sob o risco de a adoção de posturas paternalistas causarem o efeito reverso que a proteção almeja: o de limitação da autonomia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o paciente se encontra em uma situação de vulnerabilidade devido ao estado da doença, por depender dos cuidados de outrem e em razão da assimetria informacional, que existe originalmente na relação médico-paciente. Em uma analogia ao pensamento foucaultiano, de que os indivíduos que possuem um conhecimento, exerceriam uma espécie de “poder” sobre o outro que não o têm, os médicos exercem um poder sobre os pacientes. Todavia, pode se argumentar que este “poder” advém pela forma que o conhecimento é utilizado – e não apenas por o sujeito possuir um “saber”.

Destaca-se que esta relação de poder está mais aparente quando os pacientes se encontram em condição de vulnerabilidade social, isto é, quando estão desprotegidos ou desfavorecidos por circunstâncias socioeconômicas como, por exemplo, a pobreza, a fragilidade do nível de instrução e a dificuldade de acesso aos cuidados em saúde.

Assim, é perceptível que em determinados casos, além da suscetibilidade em ser ferido pela enfermidade, o paciente seria vulnerável devido a discriminação, sujeição e exclusão de determinados grupos sociais, o que prejudica ainda mais a manifestação da autonomia deste indivíduo, em sua relação com o médico, pois a vulnerabilidade reduz a capacidade de autodeterminação do sujeito.

Ressalta-se que a autonomia consiste em um princípio essencial da ética biomédica e que, segundo o pensamento kantiano, seria antecedida pela liberdade e baseada na vontade. Logo, é um pressuposto inerente a própria condição humana que envolve o respeito ao direito da liberdade do outro. Na relação médico-paciente, a autonomia manifesta-se através da obtenção do consentimento, que necessita ser livre e esclarecido, o que evidencia a importância do direito à informação para a concretização do princípio da autonomia.

A informação é um dever do médico e também um direito fundamental do paciente. Informar envolve a compreensão do que está sendo transmitido e consiste não somente na exposição de aspectos técnicos, mas no estabelecimento de um diálogo adequado, de uma boa comunicação, que possibilite o fortalecimento da confiança entre os sujeitos da relação médico-paciente. Desta forma, destaca-se que a informação ocupa um papel importante pois permite o afastamento da situação de vulnerabilidade e que a redução da autonomia seja removida.

Neste sentido, vale evidenciar o elemento do “empoderamento”, da Bioética de Intervenção, e o princípio da “proteção”, da Bioética de Proteção, como essenciais para superar as desigualdades em relações assimétricas. O empoderamento consiste na possibilidade de fortalecer as vozes dos indivíduos que, geralmente, são afastados do poder de decisão, enquanto que o princípio da proteção envolve a capacitação dos sujeitos vulneráveis para que estes possam fazer as escolhas adequadas.

A partir dos conceitos aqui apresentados, percebe-se que o direito à informação é fundamental para assegurar a proteção e o empoderamento do paciente que se encontra em condição de vulnerabilidade social. A informação adequada permite o fortalecimento dos sujeitos

não empoderados e oferece o suporte necessário para proporcionar a capacitação. Deste modo, impede a vulneração dos pacientes em situação de vulnerabilidade social – evitando que estes indivíduos que estão em potencialidade de serem feridos, se tornem diretamente afetados.

Por fim, acrescenta-se que além do papel do médico em proporcionar o empoderamento e a proteção dos pacientes vulneráveis, por circunstâncias socioeconômicas, através da informação, o Estado também deve atuar no afastamento da vulnerabilidade social e para preservar a autonomia destes sujeitos. Esta atuação deve ocorrer por meio de políticas públicas efetivas, que sejam voltadas a integralidade do indivíduo, para que este possa ser protagonista do seu próprio desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Mônica. 2002+10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues. (Coord.) **Temas relevantes do direito civil contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do Código Civil**. São Paulo: Atlas, 2012. p. 86-101.

AGUIAR, Mônica Neves; MEIRELES, Ana Thereza. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira do Direito Animal**. Salvador, v. 13 n. 1, 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/26220>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**. Brasília, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533254003.pdf>. Acesso em: 15 abr. de 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles. A Informação na relação médico- paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: **Anais do XXVII Encontro Nacional do CONPEDI**, 2018. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe3ObVLU.pdf> Acesso em: 20 abr. 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; BARBOSA, Amanda Souza. Dano Iatrogênico e Erro Médico: o Delineamento dos Parâmetros para Aferição da Responsabilidade. **Revista Thesis Juris**. São Paulo, v. 6, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/thesisjuris/article/view/9035>. Acesso em: 19 abr. de 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; FERNANDES, Lyellen Silva. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. **Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário**. V. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/645>. Acesso em: 15 abr. de 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; 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, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/5686>. Acesso em: 15 abr. de 2021.

BARBOSA, Amanda Souza. **Revisão das bases da bioética global: direitos humanos, alteridade e relação entre estranhos morais**. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia (UFBA). 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/30752>. Acesso em: 19 abr. de 2021.

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

BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico paciente e sua prova**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo (USP). 2012. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/pt-br.php>. Acesso em: 18 abr. de 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 11 abr. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm). Acesso em: 11 abr. 2021.

BYK, Christian. **Tratado de Bioética**. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. São Paulo: Editora Paulus, 2015

CARVALHO, Alexander Perazo Nunes de; LIMA, Renata Albuquerque de. A eficácia horizontal dos direitos fundamentais. **Revista Opinião Jurídica**. V. 13, n. 17, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/opiniaojuridica/article/view/469>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução 2.217, de 27 de setembro de 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2002.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. **Revista Bioética**. Brasília, v.17, n.2, 2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/162/167](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/162/167). Acesso em: 20 abr. 2021

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexões Sobre a Bioética e o Consentimento Esclarecido. **Revista Bioética**. Brasília, v. 2, n. 2, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/458](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/458). Acesso em 18 abr. 2021.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2017, v. único.

GARRAFA, Volnei. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. **Revista Bioética**. Brasília, v. 20, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533258002>. Acesso em: 15 abr. 2021.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**. Brasília, v. 13, n. 1, 2005a. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/97/102](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102). Acesso em: 15 abr. 2021.

GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**. V. 1, n. 2, 2005b. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8066>. Acesso em: 15 abr. 2021.

GARRAFA, Volnei. MACHADO, Isis Layne de Oliveira. Vulnerabilidade social e proteção - um olhar a partir da bioética de intervenção. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 14, n. ed. supl., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/24127>. Acesso em: 15 abr. 2021.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, LDA, 2007.

KOTTOW, Miguel. Vulnerabilidad entre derechos humanos y bioética. Relaciones tormentosas, conflictos insolutos. **Revista de la Facultad de Derecho**. Derecho PUCP. Peru, n. 69, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/4261/4234>. Acesso em: 18 abr. 2021.

LIMA, Raitza Araújo dos Santos, *et al.* Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/18.pdf>. Acesso em 20 abr. 2021.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. **Jurisprudencia Argentina**, IV, fascículo n. 1, 2008. Disponível em: [http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna\\_F%5B1%5D.\\_Vulnerabilidad\\_la\\_metafora\\_de\\_las\\_capas.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metafora_de_las_capas.pdf). Acesso em 20 abr. 2021.

MAIA, Maurílio Casas. **O direito à informação e as responsabilidades decorrentes da relação entre o médico e o paciente**. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídica). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4447?mode=full&locale=es>. Acesso em: 18 abr. de 2021.

MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde. **Revista Bioética**, v. 6 n. 1, 1998. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/322](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/322). Acesso em 22 mar. 2021.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO**. Botucatu, v. 8, n. 14, 2004. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2091.pdf>. Acesso em 22 mar. 2021.  
Acesso em: 20 abr. 2021.

MARTINS-COSTA, Judith. **A boa-fé no direito privado – Critérios para a sua aplicação**. São Paulo: Editora Marcial Pons, 2016.

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. 06, 2020. Disponível em: [https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/3/2020\\_03\\_0213\\_0252.pdf](https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/3/2020_03_0213_0252.pdf). Acesso em: 21 ab. 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição e princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. V.2, n.2, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso: 18 abr. 2021.

PAZINATTO, Márcia Maria. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**. Brasília, v. 27, n. 2, 2019. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1884/2078](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1884/2078). Acesso em: 20 abr. 2021.

PRINCHAK, Henrique Costa; SILVA, Lucas Macedo. A Boa Comunicação na relação médico-paciente como forma de prevenção de litígios: uma análise sobre a prática do *disclosure* no contexto da judicialização da Medicina. In: SADY, Gabriela; SILVA, Lucas Macedo; COLOSSI, Lizandra. **Diálogos sobre Advocacia Consensual em Direito Médico**. Editora Paginae, Salvador, 2020.

REQUIÃO, Maurício. Do principialismo aos princípios: a dignidade da pessoa humana como princípio bioético. In: **Anais do XVIII Encontro Nacional do CONPEDI**, 2009. Disponível em: [http://www.conpedi.org.br/anais/36/11\\_1373.pdf](http://www.conpedi.org.br/anais/36/11_1373.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

ROGER, Wendy; Angela BELLANTYNE. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. V. 2, 2008. Disponível em: [http://www.conpedi.org.br/anais/36/11\\_1373.pdf](http://www.conpedi.org.br/anais/36/11_1373.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

SALES, Gabrielle Bezerra. A doutrina do consentimento informado: do direito fundamental à informação aos limites da capacidade de anuir no uso das técnicas de reprodução assistida. **PENSAR Revista de Ciências Jurídicas**. V. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/822>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SAWAYA, Ana Lydia. **Políticas públicas: pontos de método e experiências. Estudos Avançados**. São Paulo, v. 20, n. 56, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/10126/11709>. Acesso em: 19 abr. 2021.

SCHRAMM, Fermin. **A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública**. **Revista Brasileira de Bioética**. V. 2, n. 2, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7969>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**. Brasília, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em:

[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/52](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52). Acesso em: 20 abr. 2021.

SCHRAMM, Fermin Roland. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swenderberger do Nascimento (Coord.). **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília, Conselho Federal de Medicina, Cátedra Unesco de Bioética, Sociedade Brasileira de Bioética, 2012. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/bioeticaspoderesinjusticias.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SCHRAMM, Fermin Roland Schramm; KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5301.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

SEGRE, Marco, *et al.* Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia. **Revista Bioética**. Brasília, v. 6, n. 1, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/321](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/321). Acesso em: 18 abr. 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, 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/273>. Acesso em: 10 abr. 2021.

VALÊNCIO, Luis Felipe Siqueira; BONINI- DOMINGOS, Claudia Regina. O processo de consentimento livre e esclarecido nas pesquisas em doença falciforme. **Revista Bioética**. Brasília, v. 24, n. 3, 2016. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1147](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1147). Acesso em 20 abr. 2021.

VASCONCELOS, Camila. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Revista Bioética**. Brasília, v. 20, n. 3, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533260002.pdf>. Acesso em 18 abr. 2021.

VASCONCELOS, Camila; GARRAFA, Volnei. Reflexões ético-legais sobre os desafios ao dever médico na assistência ao paciente vulnerável sociais. **Revista Latinoamericana de Bioética**. V. 17, n. 33, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/2782/2504>. Acesso em 20 abr. 2021.