



O DEVER DE INFORMAR NA PERSPECTIVA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE ATUAL: ANÁLISE À LUZ DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DO DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE

THE DUTY TO INFORM IN THE PERSPECTIVE OF PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP CURRENTLY: ANALYSIS IN FOCUS OF HUMAN DIGNITY PRINCIPLE AND THE PATIENT SELF-DETERMINATION RIGHT

Ana Paula Azevêdo Sá Campos Porto¹
Simone Bezerra Pontes Araruna²

RESUMO

O presente artigo visa fazer uma análise da importância da horizontalização das informações dentro da relação médico-paciente, a partir da observação da evolução de todo o contexto sócio-econômico -político que dá origem a uma nova conformação dentro de novos padrões éticos. Nesse contexto, destaque-se a importância do dever de informar do profissional médico como resultado da afirmação do princípio da Dignidade da Pessoa Humana, bem como do direito à autodeterminação, que deste decorre. Para tanto, vale-se de pesquisa descritiva sobre o tema, tal como uma abordagem de caráter dedutivo, utilizando-se de dados bibliográficos e documentais sobre o tema em questão.

Palavras-chave: Dever de informar; Direito à informação; Relação médico-paciente atual; Dignidade da pessoa humana; Autodeterminação do paciente.

ABSTRACT

This article aims to analyze the importance of horizontalization of information within the doctor-patient relationship, from the observation of the evolution of all -political socio-economic context that gives rise to a new conformation in new ethical standards. In this context, highlighted the importance of the duty to inform the medical professional as a result of the affirmation of the principle of Human Dignity , and the right to self-determination , which this takes place. For both, it is descriptive research on the topic, such as a deductive character approach, using bibliographic and documentary data on the topic in question.

Keywords: Duty to report; Right to inform; Current doctor-patient relationship; Human dignity; Self-determination of the patient.

¹ Juíza do Trabalho – TRT/13 e Mestranda em Direito e Desenvolvimento Sustentável – UNIPÊ/JP. Paraíba (Brasil). E-mail: anapaulaasporto@hotmail.com

² Especialista em Direito Contratual – PUC/SP e Mestranda em Direito e Desenvolvimento Sustentável –UNIPÊ/JP. Paraíba (Brasil) Email: simone_pontes@hotmail.com



1 INTRODUÇÃO

Constata-se um mundo em constante ebulição nos últimos séculos, a partir da transformação do pensamento político, com as Revoluções do Século XVIII, as lutas por reconhecimento, por igualdade e liberdade, dentre outros fatores, a resultar na remodelagem das instituições e em distintas formas de relacionamento. Ao tempo em que garantidos direitos, a eles contrapostos deveres. As estruturas socioeconômicas, o processo político, os sistemas de governo, sofreram profundas alterações.

Com o incremento do conhecimento, o homem desenvolveu novas habilidades, novas tecnologias. O saber médico sucumbe aos reflexos dessas grandes modificações, principalmente ao deixar de se circunscrever à figura do profissional, saindo do empirismo e suas ações, que antes habitavam o campo do incompreensível e que eram, portanto, inquestionáveis, passando agora a depender da técnica e do conhecimento acumulado.

Assim, destaca-se o perceptível avanço na ciência médica, principalmente no século XIX, com o nascimento da clínica moderna (medicina científica); posteriormente, no século XX, com a ampliação da base tecnológica e conceitual do saber médico, e a fragmentação de sua prática; e, mais recentemente com a reestruturação do Estado e das demandas sociais no mundo globalizado, reforma dos sistemas de saúde e recuperação da primazia da clínica sobre a tecnologia.¹

Mas no decorrer do desenvolvimento da tecnologia, com a invenção da internet, e a instantaneidade da comunicação, a sociedade adota outras formas de organização, passa a ser global, pois o domínio deixa de ser apenas territorial, até porque são tênues as linhas demarcatórias. É informacional a sociedade contemporânea, a se alimentar da informação como instrumento de relacionamento, emancipação e dominação. No mesmo toar, a ordem jurídica passa a refletir essa nova formatação, de sorte que a informação, dada sua relevância para a existência do homem, adere à estrutura dos direitos fundamentais.

Os sistemas jurídicos preconizam que nessa era informacional, ao homem é garantido o direito à informação. A informação, nesse panorama, espraia feixes de direitos do homem em suas diversas dimensões, na esfera de sua liberdade, nos direitos prestacionais, na perspectiva da construção da igualdade e justiça, tal como no viés da solidariedade, objetivos preconizados pelo Estado de Direito, notadamente no texto constitucional brasileiro.

¹ Facchini, L. A. Documento “Aspectos históricos e conceituais em educação médica.” Projeto CINAEM- III “Fase”. Oficina de Campinas. 1999



Por outro lado, no perpassar dessas relações complexas, múltiplas, instantâneas, códigos de conduta são aperfeiçoados até como maneira de possibilitar a concretização desses valores e garantias fundamentais trazidas na tessitura constitucional da contemporaneidade.

Surge, desta feita, uma nova ética que deve permear o interagir humano, em conectividade com outras obrigações, igualmente condutoras das relações intersubjetivas, tal como o dever de transparência, da boa-fé, da lealdade, e de tantos outros vetores que interagem com direito à informação, e que, como não poderia deixar de sê-lo, fluem para alcançar a relação médico-paciente, que se traduz no objeto do presente estudo.

Paralelamente, a sociedade desenvolve-se e absorve uma nova conjuntura político-social, especialmente em solo pátrio, tendo como pano de fundo a instituição do regime democrático de direito e o império do princípio supremo da Dignidade de Pessoa Humana, estatuído no artigo 1º. de nossa Constituição. A medicina é então convidada, assim como as demais profissões, a rever as suas bases e a ater-se aos novos ditames regulatórios e princípios éticos.

O direito à informação além de possibilitar de um lado, o exercício da autodeterminação do paciente no processo decisório sobre tratamentos e cuidados aos quais irá se submeter, de outro lado proporciona ao médico um maior respaldo de suas condutas através do compartilhamento de informações e decisões no curso do tratamento. Permite ainda o acesso à informação dotar o homem de capacitação nas esferas do saber, em sua realização pessoal e do exercício de sua cidadania, tudo a contribuir para o desenvolvimento sócio-econômico.

Nesse contexto é que o presente trabalho se propõe a demonstrar a necessidade de uma melhor compreensão acerca da natureza a envolver médico e paciente e suas peculiaridades, com destaque para a importância do dever de informação à luz do ordenamento jurídico, e como forma de assegurar o reequilíbrio entre as partes contratantes, e assim favorecer o desenvolvimento equilibrado de uma sociedade. Para tanto, lança-se mão de pesquisa descritiva sobre o tema, tal como uma abordagem de caráter dedutivo, utilizando-se de dados bibliográficos e documentais.

2 DA RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE

2.1 A evolução da relação médico-paciente



A passagem da medicina calcada no “pensamento Hipocrático”² para a medicina clínica, representou a substituição da inspiração divina pelo racionalismo pontuado por um processo lógico de sinais e sintomas (França, 2007, p. 12-13). Apesar da desmitificação da medicina e do cientificismo, a relação médico-paciente ainda se reveste do caráter de ascendência do médico sobre o enfermo. O profissional da arte curativa agia pautado no princípio da beneficência, como o pai de família daquela época, consciente de que suas ações concorriam para o bem, não havendo espaço para questionamentos, modelo este característico da organização da própria sociedade, posto que o conhecimento não era tão amplamente compartilhado à semelhança dos dias atuais.

Certamente o processo de globalização e a revolução tecnológica propiciaram o fácil acesso às informações, antes só contidas em livros profissionais, inacessíveis aos pacientes. Esta facilidade de obtenção de informações sobre as doenças, tipos de tratamento disponíveis e troca de experiências a nível mundial, retirou do profissional médico a exclusividade na obtenção de informações.

O paciente, soltando-se das arramas da soberania da decisão médica, pelo não saber, pela falta de domínio da informação, busca participar do desígnio de sua saúde, ao pretender aderir à dinâmica do tratamento, perquirindo, discutindo, interferindo, saindo da absoluta submissão para assumir um papel de co-protagonista. É a facilidade e a instantaneidade da informação moldando outros padrões. Não apenas a Medicina evoluiu, mas o homem também, a reboque dessas transformações.

Por conseguinte, a própria configuração do contexto sócio-político e econômico atual, além de aspectos variados como o processo de massificação das relações sociais, a intermediação da saúde, o fenômeno da tecnologização da medicina, a especialização médica, são aspectos que implicam na atuação cada vez mais fragmentada e impessoal do médico. Irrefutavelmente a relação médico-paciente assume novos paradigmas.

As grandes transformações históricas ocorridas nos séculos passados acarretaram um cenário diferente, marcado pelas solicitações de uma sociedade industrializada, em um mundo globalizado, que não mais comporta a configuração da relação médico-paciente na sua forma

²“Com Hipócrates de Cós, no 5o século a.C., inicia-se a fase técnica com o surgimento da racionalidade na medicina - criando pelo método indutivo um sistema integrado de diagnóstico, prognóstico e tratamento, baseado em causas e efeitos e o aprendizado pela experiência -, inaugurando não a ciência, mas uma atitude científica e moralizando a medicina pelo famoso juramento, com as idéias de benefício ao paciente e responsabilidade médica.”

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois** – Porto Alegre: Stampa, 2007. Disponível em http://www.cremers.org.br/pdf/medicina_hipocratica.pdf. Acesso em 29/08/2016



clássica. Mister se faz que esta relação anteriormente fundada tão somente no binômio confiança-consciência, onde a confiança irrestrita do cliente e o agir do médico consoante sua própria consciência, definia a prática médica (AGUIAR JÚNIOR, 2000, p. 135) agregue novos valores que atendam as exigências hodiernas.

Notadamente, evidencia-se certa fragilidade da relação médico-paciente, cujo elemento vital - a confiança – encontra-se comprometida sob a influência de causas internas e externas à própria relação. Importa destacar como algumas dessas pressões exteriores atuam no processo de desgaste da relação médico-paciente, o que para França (2006, p.147) se verifica através do crescente aumento de demandas judiciais de responsabilização profissional, impondo maior reflexão acerca dos possíveis caminhos que poderão estabelecer a reaproximação das partes e um relacionamento digno, resgatando-se a confiança vulnerada.

O caminho de convergência entre as partes envolvidas na relação entre o profissional da saúde e doente importa num esforço conjunto, que passa a exigir do médico, a aceitação da horizontalização da relação, o que implica no compartilhamento de informações e a consequente participação do paciente nas decisões que irão ser tomadas no curso do seu tratamento; e, do paciente, uma nova compreensão acerca desse novel relacionamento, o que se realiza dentro de toda uma organização social, de forma a evidenciar-se que o desgaste da confiança na relação médico-paciente, que vem motivando um expressivo aumento das querelas judiciais, inclusive a própria manifestação “erro médico”, tem sua origem muitas vezes em causas estranhas à prática médica e sobre as quais o profissional não tem domínio, como as péssimas condições de trabalho e a falta de políticas públicas adequadas (FRANÇA, 1999, p.147).

Certamente, num mercado onde a viabilidade financeira depende de um alto volume de atendimentos dentro de um curto espaço de tempo, os valores aprendidos pelos médicos no seu “passado hipocrático” entram em descompasso com a realidade latente do dia-dia (FRANÇA, 1999, p. 11). A sociedade abraça o progresso, mas não está preparada para lidar com os seus reverses. De um lado, exige-se que o médico preserve as virtudes do antigo “médico de cabeceira”, de outro, equipara-se o vínculo entre o médico e o paciente a uma relação de consumo, sem considerar suas peculiaridades.

2.2 A precariedade da informação a partir do processo de massificação das relações sociais, tecnologização e especialização da medicina



Inegavelmente, há de se apontar que o irrefragável processo de massificação das relações sociais - fruto do movimento da Industrialização - e seus desdobramentos tiveram por consequência o favorecimento da desvalorização do relacionamento entre médico e paciente, se assentando como uma das causas que proporcionam o evidente afastamento entre o médico e o paciente (RAGAZZO, 2006, p. 42).

Noutro aspecto, o incremento da tecnologia nestas últimas décadas no seio da medicina teve repercussões de uma amplitude nunca dantes vivenciada, tanto que a exacerbação do uso da parafernália no labor do dia a dia dos médicos encontrou resistências destes e, inclusive, de muitos recantos acadêmicos. Dá-se início a época da medicina armada, onde o instrumento toma lugar ao toque das mãos. A interposição dos equipamentos técnicos como agente salvador, diminuiu, consideravelmente, o contato humano entre as partes, ocasionando o distanciamento não raras vezes da propedêutica simples, mas determinante, donde muito poderia se aperceber através de um exame físico detalhado e minucioso, delegando ao aparelho a chance estrita de sucesso ou insucesso. Este predomínio da base tecnológica sobre a clínica a partir do século XXI motivou a reforma dos sistemas de saúde e da educação médica (FACCHINI, PICCINI & SANTOS, 1999, pp.1-10).

Interessante asseverar que simultaneamente à expansão tecnológica propulsionada pelos países de primeiro mundo se denota a ocorrência do fenômeno da massificação da medicina nos países subdesenvolvidos, fatores que corroboram de forma funesta para a desumanização da relação médico-paciente, sobretudo em países como o Brasil, se constituindo como um verdadeiro “drama humano”. Esta noção mitológica atribuída aos recursos técnicos corrobora para encobrir a dificuldade de comunicação inerente à própria humanidade, dando a impressão de que a troca de informações se tornou desnecessária (MARTINS, 1993, p. 147).

O progresso da ciência e da tecnologia propiciou à área médica, a partir de uma racionalidade cartesiana³, a possibilidade de um maior aprofundamento investigativo setorial, trazendo como consequência a pulverização da medicina e do incremento da prática médico-hospitalar (LEOCIR, 2005, p.199). Atualmente no Brasil existem, 54 especialidades médicas e 57 áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina⁴, o que faz com que um mesmo paciente seja atendido por vários profissionais no curso de investigação e

³ O “**racionalismo cartesiano**” é um pensamento estabelecido por Descartes em suas obras o “Discurso do Método” (1637) e “Meditações Metafísicas” (1641), onde expressa sua preocupação com o problema do conhecimento. O ponto de partida é a busca de uma verdade primeira que não possa ser posta em dúvida. Por isso, converte sua dúvida em método para se bem conduzir a Razão e procurar a verdade nas Ciências.”



tratamento de uma mesma doença, garantindo assim uma relação de impessoalidade com o médico.

Por outro prisma, ao fugir-se do espectro de corpo integral, na qual se fundamenta a própria ciência médica, para uma visão isolada de órgãos, que nem mesmo encontra respaldo na fisiologia e anatomia humana, compromete-se a qualidade da prestação médica desencadeando insegurança e insatisfação do paciente que recebe informações insuficientes e esparsas destes encontros cada vez mais rápidos, vagos e imprecisos, dando a impressão de ter ido ao especialista sem ter ido ao médico.

Ainda que as especialidades devam subsistir pela necessidade de ilhas de conhecimentos, para as devidas intervenções, o modelo que deve ser primado é o da visão generalista, resguardando-se a pessoalidade e humanismo no atendimento médico, o que só será possível a partir do respeito à dignidade da pessoa humana, que se estabelece no desentrelaçamento no circuito de informações entre o médico e o paciente.

3 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA NOVA PERSPECTIVA ÉTICA

Como visto, a relação outrora se baseava na dualidade entre a confiança, do paciente, e a consciência, do médico (REALE, 1997, p. 47). A configuração da medicina moderna, contudo, marcada por profundas mudanças conjunturais, onde alteradas as condições em que prestada, desenvolvida a técnica, refinado o cientificismo, tornada acessível a informação aos leigos, judicializados os conflitos, categorizados novos direitos fundamentais, exige uma nova abordagem ética de suas relações. Deste modo, passa a sofrer a ingerência de princípios externos à própria atividade médica, estabelecendo, por conseguinte, um cabedal de princípios bioéticos abalizadores da profissão em conformidade aos reclamos sociais (FRANÇA, 2006, p.324).

Disponível em <http://www.significados.com.br/cartesiano/> acesso em 26/08/2016

⁴ RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016 in http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf
Ainda de acordo com França (2006), a medicina hipocrática baseada apenas no

virtuosismo médico (ética das virtudes), passa a absorver, paulatinamente, a partir do século XV,



a noção mais precisa de deontologia (deveres e obrigações). Posteriormente, a ética médica passa a perder os vínculos com a ética clássica, o que se dá pela intensificação das demandas judiciais em face dos profissionais da medicina ocorridas no século XX. A partir da metade do século XXI, em razão dos avanços tecnológicos e o consequente aumento nos riscos aliado às exigências econômicas e sociais de um modelo democratizado, dá-se origem a uma abordagem da bioética associada a princípios (ética dos princípios), sendo um dos modelos mais propagados, e calcados nos princípios da beneficência, o da não-maleficência, o da justiça e o da autonomia, sendo esse último o mais defendido na literatura (NEVES, 1996). No entanto, esta ética principiológica começa a ser questionada em sua eficácia nos tempos hodiernos, ora em razão da inexistência de hierarquia entre os princípios, ora em função do subjetivismo que a envolve. Inicia-se uma nova fase da bioética, caracterizada pela instauração dos conflitos éticos trazidos pela biotecnologia, em que estes princípios éticos tendem a redimensionar-se de forma a garantir a preservação da dignidade da pessoa humana. Passa a bioética a ser entendida como a *“ética de la vida, y por tanto, puede definirse como la tarea de reflexión filosófica que analiza, desde las categorías de valor, deber, bondad etc. los actos humanos en las cuestiones relacionadas con la vida – ya sea las ciencias biológicas o de la salud.”* (MARTINEZ, 1997, p. 5).

A dimensão tradicional da ética, então marcada pelo princípio da beneficência hipocrática, em que ao médico competia o papel absoluto de determinar o que seria bom para o paciente, começa a ser questionada, passando o sentido da beneficência a ser compreendido modernamente como o “princípio bioético da promoção do bem” (DRUMOND, 2004, p. 161), o que inclui a consideração do paciente como um ser autônomo e livre para decidir sobre o seu corpo e o seu próprio destino.

Porquanto ainda que se considere a beneficência e a não-maleficência de fundamental importância para reger os atos médicos, dado o subjetivismo intrínseco à própria atividade médica, vale asseverar, contudo, a necessidade da apreensão desta nova dimensão que adquire o princípio da beneficência em consonância com a consideração da autonomia do paciente pelo profissional da medicina, possibilitando uma reestruturação da relação médico-paciente de forma a permitir a participação ativa do “paciente”, o qual só poderá decidir sobre si mesmo, a partir do acesso a informações claras e precisas sobre as opções de tratamento a que deverá se submeter.

O reconhecimento da autonomia do paciente, impondo uma nova dinâmica ao processo do tratamento, também propulsiona uma nova forma de relacionamento, mais democrática e



trazendo a necessidade de uma maior significância ao outro. O que segundo Garcia (2004, p. 263), seria ética da comunicação, a ética da responsabilidade, que se baseia na consideração do Outro e na repercussão de cada ato praticado.

Assim, surge, naturalmente, dentro desta nova perspectiva, um paradoxo. Na medida em que o profissional da medicina é agraciado com a plenitude do seu conhecimento e domínio da técnica, podendo democratizar cada vez mais as suas raízes de benevolência a extensões de pacientes em profundidades nunca antes vistas, traz a reboque a necessidade de revisitação dos valores. Mas esses novos padrões de eticidade, ainda não foram esclarecidos pelos movimentos sinusoides da história e sociedade, e nem tão bem-aceitos e digeridos pela própria classe médica, notadamente porque ainda delineadas com vestígios da antiga visão paternalista.

O repensar do homem, de suas diretrizes éticas, marca toda a própria trajetória humana, e para melhor compreender essas mudanças, impõe-se o olhar a partir do postulado dos direitos humanos, não se podendo esquecer as discussões que sucederam às atrocidades da Segunda Grande Guerra, onde foram vários médicos levados a julgamento⁵ por suas experiências médicas em seres humanos, onde se tratou da própria vulneração à dignidade do homem, como a falta de consentimento, ou talvez, ainda que existente, a falha ou ineficácia de consentimento, quer diante da própria torpeza dos procedimentos, quer diante do desconhecimento, quer diante da impossibilidade de manifestação de vontade.

Era um período de predominância de um positivismo cego, onde as normas eram desprovidas de conteúdo ético, cuja fiel obediência desvinculava-se da moral e da consideração ao outro; bastava cumprir a lei, ainda que o fosse para matar, esfoliar, humilhar, dizimar pessoas, comunidades, raças... Tem-se a partir daí um resgate da ética, com o homem em sua centralidade, e alterando por consequência os contornos das relações interpessoais em suas mais diversas dimensões, consagrando-se a “primazia jurídica do valor da dignidade humana” (PIOVESAN, 2013, p. 90).

Por outro lado, a diretriz dessa nova ética está intimamente relacionada com os direitos, liberdades e garantias do homem assentados no Estado Contemporâneo, inclusive o de conduzir o destino de sua vida, a ele apenas competindo essa decisão, e não mais ao médico, até então o senhor da razão. É uma ética partindo da consideração do homem, dotado de autonomia. Falava Sarmiento (2008, p. 178):

Cada pessoa é um fim em si mesmo, e em cada homem ou mulher pulsa toda a humanidade! Por isso, as pessoas são titulares de direitos inalienáveis, que podem ser exercidos inclusive contra os interesses da sociedade. Num sistema constitucional



antropocêntrico, fundado na dignidade da pessoa humana, não parece legítimo resolver possíveis tensões entre a liberdade existencial da pessoa e os interesses da coletividade sempre em favor dos segundos.

A ressignificação da ética, a irradiação dos direitos fundamentais, as transformações sociais e tecnológicas, alteraram a interface entre ciência e homem, exigindo-se nova modelagem de conduta no espectro humano, assim também sucedendo na área médica.

4 DO FUNDAMENTO LEGAL DO DEVER DA INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Certamente, que o direito à informação não é irrestrito, tal como ocorre com a generalidade dos direitos, devem eles ser interpretados de forma sistêmica e harmônica, de sorte que não se confrontem, mas se completem. Já se referia Moraes (2002, pp. 128-129) a determinadas situações excepcionais que possam gerar limitação na aplicação dos direitos assegurados constitucionalmente, como, a exemplo, nos casos em que eles colidem-se, notadamente os de maior densidade, como, vida e a liberdade, ou em caso de conflito de interesses público e individual. Consoante à circunstância concreta, é possível falar que o direito à informação não detém o status de absoluto, sendo possível que sua aplicação passe por análise de ponderação à vista do confronto com outro direito de mesma envergadura.

A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu art. 5º, inciso XIV, assegura o “acesso à informação”, e em que pese silente sobre o dever de prestar informação, tendo em vista a correspondência de um direito a uma obrigação, daí decorre que em contrapartida ao referido direito, surge o dever de informar, obviamente em face daqueles que a detém.

Na mesma Carta Política, assente que a República Brasileira está fundada na dignidade da pessoa humana (*ex-vi* do art.1º, inciso III), e sendo a todos garantida a liberdade (art. 5º, caput), daí decorrente o entrelaçamento da temática com a autodeterminação

⁵ Julgamento realizado na Alemanha, no Palácio da Justiça de Nuremberg, resultando na edição do conhecido Código de Nuremberg, em 1947, onde foram tratadas questões éticas das pesquisas em seres humanos, proclamando a imprescindibilidade do consentimento



Ainda sobre o dever de informação, este passou a ser melhor compreendido com a promulgação da Lei n. 8.078 de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor – sendo expressa ao estipular essa obrigação no âmbito das relações consumeristas. No continuar dos debates, passou-se a defender sua aplicação às demais relações contratuais, inclusive pessoais, pela via do “diálogo das fontes”, possibilitando a aplicação de leis de sistemas normativos distintos, em respeito às circunstâncias do caso concreto, como medida de equidade e proteção diante da vulnerabilidade de um dos sujeitos perante o outro (MARQUES, pp. 672-673). Com o advento do novo Código Civil, consolidou-se o dever de informar, a partir do princípio geral da boa-fé objetiva, impondo a confiança como elemento norteador na assunção das obrigações aderindo em definitivo às relações contratuais.

Noutro particular, o mesmo Código Civil, em seu artigo 15, estipulou que “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou à intervenção cirúrgica”, decorrência lógica dos princípios fundamentais da liberdade e autodeterminação do homem, ratificando a exigência do consentimento prévio do paciente e compatibilizando-o com o dever de informação.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e que trata dos serviços de saúde, em seu art. 7º, inciso V, trouxe o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde” como princípio orientador do Sistema Único de Saúde, além de impor, em seu inciso VI, a necessária “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”.

Ademais, o dever de informar alicerça a atuação profissional do médico, na forma estatuída pelo atual Código de Ética Médica, em seus diversos artigos.

5 DO DEVER DE INFORMAR NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

5.1 Da compreensão do dever de informar

Em tempos pretéritos, ao médico permitia-se conduzir o trato com o paciente sem que lhe impusesse o dever de informar acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico, ficando ao alvedrio desse profissional a disseminação da informação, caso entendesse pertinente para propiciar alguma melhora ou resultado prático no paciente. Partia-se do princípio de que o paciente não dominava a técnica nem o saber, assertiva hoje amainada com a atual era informacional. Faltava ainda a compreensão da ética baseada na dimensão do homem, como ser



a quem compete autonomia sobre a decisão final, aspecto decorrente da dignidade do homem. Sem falar da ascendência de poder que existia do médico sobre o paciente.

Como dissecado em linhas outras, os novos princípios que informam o saber da medicina decorrem do desdobramento de várias circunstâncias, percorrendo desde o avanço das Ciências, da estrutura social da nova era informacional, da fundamentalidade dos direitos humanos, das alterações do sistema de poder, da nova ética de responsabilidade, dentre outros (GARCIA, 2004).

5.2 Da informação ao paciente

Informação é, antes de tudo, um ato de comunicação, e o Código de Ética Médica impôs o dever de informar, vedando a omissão quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo se daí possa resultar dano, ainda assim gerando o dever de comunicação ao representante legal.

Em primeiro lugar, o dever de informar adquire a significância a partir do próprio aconselhamento da melhor conduta, na visão do profissional, considerando que ele detém a sapiência em sua área de conhecimento, logo a habilidade técnica para melhor esclarecer, e em seguida a aceção do dever de prestar informações mais precisas sobre o próprio estado de saúde do paciente, compreendendo diagnóstico, tratamento e prognóstico, mostrando as avaliações à luz das condutas possíveis e das consequências.

Estão os dois aspectos relacionados, e se complementam, sendo inseridos na mesma contingência, e não há como dissociá-los (RAGAZZO 2007, pp. 62-63). O dever de informar é obrigação relacionada ao próprio exercício da profissão, faz parte da dinâmica médica, e da realidade pulsátil que se desdobra dos problemas do cotidiano. Sem que haja o cumprimento do dever de informar, ao paciente é postergado o direito à informação, e com isso cerceado o direito à autonomia, que emerge tanto do Código de Ética, como ilação dos princípios constitucionais.

Mas esse dever de informar também traz outras conotações que mutuamente se complementam e se interligam, consoante a seguir analisado.

5.3 Da informação a outros profissionais

De suma importância que o dever de informar não se limita a relação médico-paciente, mas contamina as relações subsequentes e que estejam ligadas pelo mesmo fato propulsor, a



exemplo da obrigação de “fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente” quando autorizado, bem como a de informar ao “substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade”.

Igualmente lhe é imposto o dever de informar todo o ocorrido com o paciente que lhe tenha sido encaminhado para procedimento especializado, além da obrigação de fornecer laudo médico nas situações de encaminhamento ou transferência para dar continuidade ao tratamento, ou por ocasião da alta.

5.4 Das informações contidas no prontuário médico

Consoante ensinamento de França (2007, p. 229), o prontuário médico não se resume ao “registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, ordenado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados e aos documentos anexos”, garantido a segurança e caráter informativo a todos os envolvidos.

O Código Médico, ainda conforme França (2007, p. 229), nos seus diversos dispositivos, clarifica a importância dessa ferramenta, primeiro ao impor a elaboração de “prontuário legível para cada paciente”, com todas as informações necessárias, segundo ao proibir a negativa do acesso ao paciente, impondo as “explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros”.

5.5 Do dever de informação e o consentimento esclarecido

Certamente que num mundo globalizado, em que a informação grassa solta nos diversos meandros da nossa era, não é difícil entender a necessidade do assentamento da doutrina que estabelece o dever de informação e a vinculação do termo de consentimento esclarecido como uma reafirmação do direito à autodeterminação inerente a um sistema democrático de direito, que resulta em uma satisfatória relação médico-paciente, ainda que outros ajustes ao longo dos tempos favoreçam uma forma mais madura de discussão sobre o que se deseja nesta mercadoria chamada saúde, mas que se diz respeito à Vida.

Pois bem, só se há como recepcionar a validade do consentimento dado pelo paciente ao tratamento ou ato médico caso precedido da devida informação, o qual detém, em contraprestação àquela obrigação do médico, o direito constitucional à informação, mas essa a



de ser prestada de forma detalhada, em linguagem acessível, no mesmo nível de compreensão do paciente, desde ainda que esteja este dentro de sua capacidade de discernimento, caso negativo a ser substituída pelos responsáveis legais.

Não basta, portanto, o consentimento dado pelo paciente, mas que esse tenha emitido sua manifestação de vontade a partir do conhecimento de todas as circunstâncias necessárias para tal, sendo instrumento de perfectibilização da validade do ato, e do exercício da autonomia, a partir da melhor escolha do tratamento, como também mecanismo de proteção ao profissional da saúde.

6. DO DEVER DE INFORMAR À LUZ DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Em Kant apreende-se a noção do homem com o fim em si mesmo, humanidade na pessoa de cada ser, constituindo sua autonomia o lastro da dignidade e racionalidade humana (PIOVESAN, 2013, p. 91). Nesse caminhar, a dignidade da pessoa humana passa a ostentar o atributo de universalidade, a direcionar e constituir, mas do que a valoração, e sim a própria razão ontológica da ordem jurídica, a aderir aos demais direitos fundamentais, em um grau de profundidade a ponto de se tornar o “axioma da civilização ocidental e talvez a única ideologia remanescente” (BARCELLOS, 2008, pp. 121-128). Sem receio, transformou-se em uma espécie de “superprincípio constitucional”, o coração pulsante a alimentar toda a cadeia normativa da sociedade, marco diferencial no constitucionalismo contemporâneo (PIOVESAN, 2013, p 501).

O princípio da Dignidade da Pessoa Humana foi elevando à condição de direito universal, com a Declaração da ONU⁶, demandando proteção na esfera internacional, e no plano interno foi insculpindo na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como princípio fundante (artigo 1º., inciso III), do qual espraia-se um plexo de direitos e deveres que circundam a figura do ser humano e que devem ter como fundamento primeiro justamente essa mesma noção de humanidade.

Para sua compreensão, basta tê-lo como “qualidade intrínseca da pessoa humana”, inerente à sua própria existência e que qualifica o “ser humano como tal e dele não pode ser destacado”, agregando-se a este conceito a esfera da liberdade e da consciência do homem em sua autodeterminação (SARLET, 2012, pp.100-101).

Entre nós BONAVIDES (2000, pp. 525-526) vem defendendo novas dimensões do



direito constitucional, fruto da universalização dos direitos humanos, da então consolidação do Estado Social, dentre outros, o direito à informação, aliás, como parte amalgamada de uma reacomodação para um modelo de sociedade aberta, afeta aos efeitos da globalização. E como é sabido, são tórridas, tortuosas e velozes as águas da correnteza desse mundo contemporâneo, reinventando e multiplicando novos padrões de direitos fundamentais, logo novo repensar.

Embora à primeira vista haja quem veja com ponderação a assertiva de que todos os direitos humanos repousam no princípio da dignidade da pessoa humana (SARLET, 2012, p. 95), havendo inclusive variação em sua compreensão consoante circunstâncias na formação de cada povo, e ainda que cause aparente estranheza à vinculação do acesso à informação como desdobramento dos direitos da personalidade, importante trazer à situação as palavras de Canotilho (2003, p. 396), que os compreende “[...] como „direito à pessoa ser e à pessoa devir“, cada vez mais os direitos fundamentais tendem a ser direitos de personalidade e vice-versa”.

A interpretação das normas constitucionais atrai uma modalidade sistêmica e de integração, onde os direitos não se excluem, mas se completam ou se agregam e, nessa visão, o acesso à informação está intimamente relacionado à concretização dos demais direitos fundamentais, cujo exercício por vezes está a depender da autonomia e livre escolha, supostos que reclamam o domínio da informação. Sem a informação, não há como se exercer a liberdade de escolha em sua plenitude. Diferente não sucede no campo da medicina, onde o valor peculiar e fundante da dignidade do homem encontra abrigo, e, em sintonia aos princípios da nova ética que conduzem a atuação de seus profissionais, avulta o dever de informar como parte integrante do núcleo preponderante da relação médico-paciente.

6 Art. 1º. Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade. Decisão tomada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948.



A formatação da sociedade atual, para quem se volta à finalidade da ordem jurídica, é notadamente informacional, tecnológica, instantânea, massificada, de sorte que o acesso à informação se constitui em uma espécie de garantia indispensável à realização e emancipação do homem; é mecanismo imprescindível para que possa exercer plenamente os direitos da personalidade nas mais diversas dimensões. E mais. É o pleno exercício da cidadania, pois sem o conhecimento, falta ao homem a capacidade de se conectar ao mundo, e de melhor compreender a realidade circundante, e assim poder exercer plenamente sua existência digna.

Ao passo que essa nova ordem da informação se espraia nas teias relacionais e vem a garantir um novo direito à informação, do outro lado obrigacional, vem a se constituir no dever de prestar as informações necessárias, sob pena de malferir a dignidade da pessoa humana, em tolher esse pleno exercício das potencialidades da pessoa humana.

A obrigação de informar também percorre os caminhos da nova ética, impondo o partilhar do conhecimento, como obrigação, por parte do prestador de serviço médico, sobre quem foi depositada a confiança (RAGAZZO, 2006, p. 20).

7 DO DEVER DE INFORMAR E O DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE SOB A ÓTICA DO DIREITO FUNDAMENTAL

Lembra Sarmiento “que os direitos fundamentais configuram o epicentro axiológico da ordem jurídica” e que sua “eficácia irradiante impõe uma nova leitura de todo o direito positivo. Através dela, os direitos fundamentais deixam de ser concebidos como meros limites para o ordenamento, e se convertem no norte do direito positivo, no seu verdadeiro eixo gravitacional” (SARMENTO, 2008, p. 125).

Inegável a dignidade da pessoa humana como valor orientador na formatação do arcabouço jurídico que deva impulsionar a vida em sociedade, e em sua vertente da autonomia, ela se relaciona com a tutela das liberdades, e pode se traduzir na capacidade de autodeterminação do homem, em resolver os rumos de sua existência e exercer os plexos da personalidade consoante às escolhas e valorações que ele mesmo imprima à sua vida.

É próprio da essência da autodeterminação uma postura consciente de escolha, de atribuição de valoração o respeito à individualidade do ser humano, em se fazer único em sua autonomia. E na esfera do núcleo da liberdade, a autodeterminação pressupõe a preexistência de condições para que seja exercida, e assim que seu exercício possa refletir o valor de liberdade do ser humano, suas escolhas.



Nesse contexto, o dever de informar é de suma importância e determinante para o pleno exercício das liberdades individuais, de sorte que não se pode conceber a concretização da autodeterminação do homem sem que ele domine as informações necessárias para suas escolhas. A liberdade de escolha, portanto, pressupõe um mínimo de condições para o seu exercício, de sorte que a autodeterminação do homem quanto à condução de sua vida pressupõe que lhe sejam prestadas todas as informações necessárias para que melhor possa escolher.

A autodeterminação que se desfolha a partir do princípio da dignidade da pessoa humana pode ser traduzida na faculdade atribuída ao paciente em participar da dinâmica de seu tratamento e tomar as decisões referentes ao plano de sua existência, vida e saúde, e à sua integridade físico-psíquica, através da concordância, discordância, opção de tratamento (DINIZ, 2006, pp. 672-673), atrelando ao médico o dever de prestar todas as informações necessárias como meio de garantir o exercício daquele direito. Diferente não poderia ser, pois sem que sejam passados ao paciente todos os dados e explicações necessárias acerca de seu adoecimento, não haveria esse como plenamente exercer seus direitos de personalidade, em suas diversas dimensões, como liberdade, integridade, intimidade, autodeterminação.

No caso do tema em estudo, ao titular do conhecimento, o médico, impõe-se o dever de informar ao paciente sobre sua saúde e tratamento, de forma transparente e acessível, e a este, o paciente, sujeito detentor do direito à informação, à faculdade de cobrá-la. Logo, na relação médico-paciente, aquele que detém a informação tem o dever de prestá-la.

Na esfera dos Tribunais, o tema vem sendo mais enfrentado em demandas que tratam de indenização sob a alegação de omissão do médico em seu dever de informar, e embora poucos sejam os casos levados a julgamento por conta de conflito entre indicação de tratamento e a autodeterminação do paciente, ainda assim esse fundamento, por se encontrar umbilicalmente relacionado ao direito à plena informação, também é utilizado como diretiva jurídica nas decisões. Interessante acórdão, embora relacionado a caso de procedimento odontológico, toda a fundamentação foi lastreada nesses mesmos paradigmas constitucionais tratado no presente artigo, inclusive com expressa alusão ao campo médico, a saber:

“CIVIL. CONSUMIDOR. RESPONSABILIDADE CIVIL. PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. REGRA DE INSTRUÇÃO PROIBIÇÃO NA SEGUNDA INSTÂNCIA. OBRIGAÇÃO DE MEIO. CONSENTIMENTO INFORMADO. DIREITO FUNDAMENTAL. VIOLAÇÃO DEVER DE INDENIZAR. SENTENÇA REFORMADA.



1. ...

2...

3....

4. O consentimento do paciente a qualquer intervenção sobre sua pessoa constitui direito fundamental e dever do médico, o qual decorre da dignidade da pessoa humana e da garantia do livre desenvolvimento da personalidade, o que legitima ao paciente decidir livremente sobre as medidas terapêuticas e tratamentos que possam afetar sua integridade, escolhendo entre as distintas possibilidades, consentindo com sua prática ou rechaçando-as, faculdade que não pode ser limitada de maneira injustificada como consequência de sua doença.

5. O médico deve informar ao paciente o diagnóstico, prognóstico, risco e objetivos do tratamento. Haverá, também, de aconselhá-lo, prescrevendo cuidados que o enfermo deverá adotar. O inadimplemento desse dever conduzirá à obrigação de indenizar, independentemente da correção técnica do procedimento, haja vista que odano que fundamenta a responsabilidade por lesão ao direito de autonomia do paciente refere-se aos bens básicos de sua pessoa, como pressuposto essencial para poder decidir livremente sobre a solução mais conveniente a sua saúde, a sua integridade física e psíquica e a sua dignidade. 6. Recurso conhecido e parcialmente provido.

(TJ-DF - APC: 20060710274480, Relator: MARIA IVATÔNIA, Data de Julgamento: 27/01/2016, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 04/02/2016 . Pág.: 149)

Em outros julgados, semelhantemente vem decidindo as Cortes no sentido de absolver o profissional caso demonstrado haver prestado todas as informações necessárias antes da submissão do paciente ao procedimento, e em havendo omissão no cumprimento deste dever, há a imposição da reparação diante da falha. A exemplo dos julgados nos processos TJ-RS-AC: 70060383296 RS, Relatado pelo Desembargador André Luiz Planella Villarinho, da 9ª Câmara Cível, publicado no Diário da Justiça de 15.09.2014, e TJ-BA-APL: 00001203220068050256 BA 0000120-32.2006.8.05.0256, relatado pela Desembargadora Pilar Célia Tobio de Claro, proveniente da Primeira Câmara Cível, e publicado em 18.12.2013.

Dito isso, o aperfeiçoamento da autodeterminação do indivíduo, no resguardo dos bens jurídicos preciosos e decorrentes da esfera dos direitos da personalidade, impõe ao profissional médico o ônus da informação adequada e suficiente, dever esse que “se desdobra no de informar, confirmar o esclarecimento e obter consentimento” (RODRIGUES, 2001, pp. 23-24 *apud* KFOURI NETO, 2002, p. 281).

CONCLUSÃO



Deve-se buscar um processo de passagem da medicina paternalista, profundamente arraigada na cultura nacional, para a medicina moderna da forma que menos causa tensões e conflitos, eis que o processo de transição de uma relação médico-paciente outrora construída verticalmente, para uma nova concepção baseada num sistema de horizontalidade, através do compartilhamento de informações a permitir a participação decisória do paciente acerca da conscientização de seu estado e das eventuais opções de tratamento clínico ou cirúrgico, impõe a conscientização de ambas as partes envolvidas num esforço conjunto de tornar possível a assimilação prática deste novo parâmetro.

A leitura constitucional da dignidade da pessoa humana e seus desdobramentos na esfera dos direitos da personalidade, com ressignificação da ética médica a permear a relação médico-paciente, foram determinantes para uma nova compreensão da realidade subjacente à dimensão da autonomia do paciente e os deveres do profissional da medicina, figurando o dever de informar como a ferramenta importante para o aperfeiçoamento dessa relação médico-paciente e a concretização dos direitos previstos na ordem jurídica.

Por outro lado, no âmbito da regulação profissional, o Conselho Federal de Medicina vem tratando a temática dentro dessa nova ética e em respeito à compreensão da dimensão da dignidade humana, garantido ao paciente a obtenção da informação acerca de sua saúde e tratamento e, e por outro lado, ao médico fomentou a percepção do consentimento informado, tendo em vista a densidade que deflui do princípio da autodeterminação do paciente. Consentimento esse que transcende o aspecto formal, mas acompanhado do fornecimento de todas as informações que permitam ao paciente exercer sua esfera de liberdade quanto ao tratamento proposto.

Essa nova modelagem, com a importância da perfeita transmissão da informação, ao tempo que garante ao paciente o exercício de seus direitos constitucionais, traz ao médico a segurança no cumprimento de seus deveres, tendo em vista a possibilidade desses conflitos desaguardarem em processos, notadamente quando se sabe que a desconsideração dos fatores circundantes à atividade médica aumenta a tensão na relação médico-paciente, de sorte que não se pode transferir ao profissional médico o encargo de responder unicamente pela não assimilação desse novo paradigma relacional.

Muito embora se venha desprezando outros fatores também desencadeadores de toda esta problemática, tais como as influências sócio-político e econômica, o processo de massificação dos meios produtivos, o fenômeno da tecnologização da medicina, o advento do especialismo médico, entre outros, não se pode acolher sem reservas o sistema de capitalismo voraz e



resumir a saúde a mero produto de consumo.

A solução perpassa pela condução da relação médico-paciente sob o prisma da dignidade da pessoa humana, no sentido de se dignificar tanto o paciente como o profissional médico de forma harmônica e conjunta, eis que não há solução unilateral para o caso.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de. **Direito & Medicina – Aspecto Jurídicos da Medicina: a Responsabilidade Civil do Médico**. 1ª ed., Ed. Del Rey, Coord. Sálvio de Figueiredo Teixeira, Belo Horizonte: 2000.

_____. Ruy Rosado de. **Projeto do Código Civil: as obrigações e os contratos**. Revista dos Tribunais, São Paulo: Ed. RT, maio/2000, v. 775.

BARCELLOS, Ana Paula. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais. O princípio da dignidade da pessoa humana** – 2ª ed. amplamente revista e atualizada– Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 9ª ed. rev. Atual. amp., São Paulo: Malheiros, 2000.

BRASIL. **Código Civil Brasileiro de 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm> Acesso em 20 ago. 2016.

_____. **Código de Defesa do Consumidor**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm> . Acesso em 15 ago. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/con1988.pdf> Acesso em: 19 ago. 2016.

_____. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. **Apelação Cível n° 20060710274480, 5ª Turma Cível**. Relator: Desembargadora Maria Ivatônia. Brasília, DF, 27/01/2016. Disponível em <<http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoId=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&numeroDoDocumento=916711&comando=abrirDadosDoAcordao&quantidadeDeRegistros=20&numeroDaUltimaPagina=1&internet=1>> . Acesso em 26 set 2016.

CANOTILHO, J. J. **Direito constitucional e teoria da constituição** – 7ª ed., 12 reimp. Coimbra: Edições Almedinas, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Disponível em <<https://academiamedica.com.br/codigo-de-etica-medica>> Acesso em 03 set. 2016.

_____. **RESOLUÇÃO CFM N° 2.149/2016**. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf>. Acesso em 25 ago. 2016.



Dicionário Online de Português. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/iatrogenia>> . Acesso em 28. ago. 2016.

DINIZ, Maria Helena Diniz. **O estado atual do Biodireito**. 3ª Edição, São Paulo: Ed. Saraiva, 2006

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. **O princípio da Beneficência na Responsabilidade Civil do Médico**. **Revista Bioética**. Volume 12, 2004. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/188/192>. Acesso em 02 ago. 2016.

FACCHINI, L. A. Documento “**Aspectos históricos e conceituais em educação médica.**” Projeto CINAEM- III “Fase”. Oficina de Campinas. 1999.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Flagrantes Médico Legais VII**. Recife. EDUPE, 2006.

_____. **Direito Médico**, 8ª edição, São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2003.

_____. **Pareceres II**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1999.

GARCIA, Maria. **Limites da Ciência: a dignidade da pessoa humana: a ética da responsabilidade**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade Civil**. 11ª ed. rev. - São Paulo: Saraiva, 2009.

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. **Medicina hipocrática : antes, durante e depois**. Porto Alegre: Stampa, 2007. Disponível em <http://www.cremers.org.br/pdf/medicina_hipocratica.pdf> Acesso em 29 ago. 2016.

KFOURI NETO, Miguel. **Culpa médica e ônus da prova: presunções, perda de uma chance, cargas probatórias dinâmicas, inversão do ônus probatório e consentimento informado**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

KUHN, Maria Leonar de Souza. **Responsabilidade Civil a natureza jurídica da relação médico-paciente**. Barueri: Manole. 2002.

LEOCIR, Pessini. **Problemas atuais da bioética**. 7.ª ed. rev. e ampl.. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MARTINEZ, Gregorio Peces-Barba, Apud GRANDE, Lydia Feito. **Estudios de bioética**. Madrid: Dickinson, 1997.

MARTINS, Cyro. **Caminhos – ensaios psicanalíticos**. Porto Alegre: Movimento/ Instituto Cyro Martins, 1993.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada**. São Paulo: Atlas, 2002.

NEVES, Maria do Céu Patrão. **A Fundamentação Antropológica da Bioética**. - Revista



Bioética, 2009 – revistabioetica.cfm.org.br. Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v4/fundament.html>> ACESSO EM 26 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em 02 set. 2016.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14ª ed. rev. e atual. - São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. **Temas de direitos humanos**. 6ª edição – São Paulo: Saraiva, 2013

RAGAZZO, Carlos Emmanuel Joppert. **O Dever de Informar dos Médicos e o Consentimento Informado**. 1ª. Ed., Curitiba: Ed. Juruá, 2006.

REALE, Miguel. **Código de ética médica (parecer)**. Revista dos Tribunais, São Paulo: Ed. RT, 1997, v. 503, p. 47.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11ed. rev.atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARMENTO, Daniel. **Direitos Fundamentais e Relações Privadas**. 2ª edição, 2ª tiragem, Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008.