



## A ALTERIDADE COMO INSTRUMENTO PARA REDUÇÃO DA ASSIMETRIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UMA ANÁLISE À LUZ DA PERSPECTIVA DAS VULNERABILIDADES

### ALTERITY AS AN INSTRUMENT FOR REDUCING THE ASYMMETRY OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: AN ANALYSIS IN THE LIGHT OF THE PERSPECTIVE OF VULNERABILITIES

Adriana Zollinger<sup>1</sup>  
Ana Thereza Meirelles<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo destinado a analisar a relevância da alteridade na relação médico-paciente, como um instrumento capaz de promover a redução da assimetria entre os sujeitos. Como premissa, buscou-se compreender os conceitos e sentidos de alteridade e vulnerabilidade, para que, posteriormente, fosse estabelecida a suas respectivas medidas de contribuição na solução de conflitos biojurídicos concernentes à relação. Buscou-se analisar as perspectivas histórica e principiológica da relação médico-paciente, a partir da deontologia e das categorias da vulnerabilidade. O caminho metodológico adotado perpassou pela abordagem hipotético-dedutiva, a partir da escolha de referencial teórico capaz de evidenciar os pressupostos necessários ao objeto investigado.

**Palavras-chave:** Alteridade; relação médico-paciente; vulnerabilidade; bioética; biodireito.

**Abstract:** Article aimed at analyzing the relevance of alterity in the doctor-patient relationship, as an instrument capable of promoting the reduction of asymmetry between subjects. As a premise, we sought to understand the concepts and meanings of alterity and vulnerability, so that, later, their respective contribution measures could be established in the solution of biojuridical conflicts concerning the relationship. We sought to analyze the historical and principled perspectives of the doctor-patient relationship, based on deontology and the categories of vulnerability. The methodological path adopted passed through the hypothetical-deductive approach, from the choice of theoretical framework capable of evidencing the necessary assumptions for the investigated object.

**Keywords:** Alterity; doctor-patient relationship; vulnerability; bioethics; biolaw.

<sup>1</sup> Mestranda em Direitos Fundamentais e Alteridade pelo PPGD da Universidade Católica de Salvador (UCSAL). Advogada. E-mail: [adrianazollinger@gmail.com](mailto:adrianazollinger@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0002-5458-1029>

<sup>2</sup> Pós-Doutora em Medicina e Doutora em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), do PPGD da Universidade Católica do Salvador (UCSAL) e da Faculdade Baiana de Direito. Líder do CebidJusBioMed. E-mail: [anathereameirelles@gmail.com](mailto:anathereameirelles@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0001-9623-6103>



## 1 INTRODUÇÃO

Os problemas atuais da relação médico-paciente devem perpassar sobre a necessidade de escolher mecanismos ou instrumentos capazes de auxiliar a resolvê-los, considerando as perspectivas de contribuição da Bioética e do Direito. Assim, a proposta assenta na investigação do papel da alteridade, como fundamento bioético, na conformação da redução da assimetria entre os sujeitos, que é comum na relação médico-paciente.

O objetivo da pesquisa é analisar como a alteridade pode ser um vetor instrumentativo para que as decisões e condutas possam ser tomadas na perspectiva da relação, sem desconsiderar as dimensões de vulnerabilidade. A ideia é contribuir para a redução da desigualdade, na esfera da compreensão e, conseqüentemente, da decisão entre os sujeitos. Merece destaque prévio o fato de que a comunicação entre os sujeitos dessa relação nem sempre é clara o suficiente, o que pode gerar conflitos relevantes.

A mudança histórica da relação médico-paciente, influenciada pela evolução da sociedade, do direito, da medicina, da tecnologia da informação, do aumento das desigualdades sociais, trouxe conseqüências que repercutem no contexto atual dos envolvidos. Esses fatores aumentam a insatisfação dos que ainda esperam uma medicina humanizada, que atente e respeite as vulnerabilidades.

A relevância da presente pesquisa assenta, justamente, na sua medida de contribuição em prol da redução dos conflitos biojurídicos que, por vezes, cominam em ações judiciais entre os sujeitos da relação médico-paciente. Torna-se necessária a reflexão sobre princípios que podem auxiliar a construção das condutas éticas no âmbito dessa relação, aproximando, sobretudo, as pessoas.

A pesquisa tem natureza teórica, tendo em vista estar focada no levantamento de referenciais especializados, como artigos científicos, livros, capítulos, teses e dissertações, além da legislação pertinente. Adotou-se a metodologia hipotético-dedutiva, que, por meio do



processo de falseamento, busca a resposta ou os caminhos para o problema de pesquisa proposto.

## **2 BIOÉTICA E APORTES FUNDAMENTAIS SOBRE ALTERIDADE E VULNERABILIDADE**

A história da humanidade mostra que os homens são seres sociáveis, com capacidades múltiplas e que buscam constante evolução de conhecimento. Sendo assim, percebe-se que a preocupação ética com as práticas científicas e biológicas, reveladas pelos seus avanços técnicos, cresce e faz eclodir o protagonismo da Bioética, como disciplina que auxilia na solução de impasses e preocupa-se com a integridade da vida em geral. Dentro dela, emerge a referência da alteridade e da vulnerabilidade, sustentáculos fundamentais à construção ética da relação entre médicos e pacientes.

O conceito de bioética surgiu da ideia de “ciência da sobrevivência”, usada em um sentido ecológico, para demonstrar que o ser humano precisa viver preservando a harmonia universal: natureza, seres vivos, meio ambiente e a evolução. A origem da palavra deriva, portanto, de termos gregos que significam *bíos* (vida) e *ethike* (ética), ou seja, a própria ética da vida (PESSINI, 2019, p.15).

A bioética deve ser uma ponte que une a ciência biológica e à ética e compreende três estágios: a Bioética Ponte, que representa uma ponte para o futuro; o segundo estágio, a Bioética Global, mais abrangente, que inclui todos os aspectos relativos ao viver, como a saúde e a questão ecológica. Por fim, a Bioética Profunda, que é vista “como uma nova ciência que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural que potencializa o senso de humanidade” (PESSINI, 2019, p.16).

A bioética está além de ser um ramo da filosofia, ou um conjunto de reflexões filosóficas que estuda a ética e os dilemas morais de toda a natureza (seres vivos e meio ambiente), estuda, também, os avanços biotecnológicos, o contexto cultural no qual eles estão inseridos e tem a responsabilidade de dirimir conflitos advindos dessas questões (PESSINI, 2019). A bioética também pode ser compreendida como uma disciplina que estuda “os aspectos éticos das práticas dos profissionais da saúde e da biologia, avaliando suas implicações na sociedade e relações entre os homens e entre esses e outros seres vivos” (SÁ; NAVES, 2018, p. 8).



Quer sobre o ponto de vista de um autor ou de outro, a bioética vai além de um único saber, definido e delimitado, perpassando à partilha de valores e interesses universais; reconhece as diferenças, a diversidade cultural, a integração e interação entre valores comuns. Todos os conceitos encontrados para o termo bioética culminam na sua amplitude, abrangendo as ciências da vida, os seres vivos, o ecossistema saudável, com inclusão da preservação do meio ambiente e as relações com os seres vivos, as repercussões jurídicas dessas conexões e o respeito às diversidades socioculturais.

O referencial teórico da bioética é extremamente significativo. A pluralidade das suas matrizes teóricas revela a sua dimensão histórica, social e científica, na medida em que contemplam diferentes enfoques. Como matriz protagonista, destaca-se, tendo em vista a pertinência com o objeto aqui proposto, a abordagem principialista, que se consolidou a partir da publicação da obra *Princípios da Ética Biomédica*, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001).

O principialismo é, portanto, importante para análise da relação entre médicos e pacientes, pela preocupação com a saúde pública, a crise sanitária global e a garantia constitucional do direito a saúde de todos, principalmente, para os que precisam de mais proteção e cuidados especiais, por estarem mais vulneráveis.

A teoria principialista de Tom Beauchamp e James Childress aprofunda quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p.122).

Sobre o princípio da autonomia, os autores o relacionam ao conceito de ação autônoma, na medida em que somente haverá a mesma se o agir for intencional, se o agente estiver livre de influências controladoras e se tiver condições de compreensão, ou seja, estiver em condição de entender os termos das ações, decisões e condutas relacionadas à relação (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001). Esse é um importante ponto de partida para compreensão da natureza assimétrica da relação médico-paciente.

Construindo uma interseção entre os fundamentos do principialismo e a proposta da filosofia kantiana, pode-se perceber que, para considerar que há autonomia em qualquer relação, não é possível que as pessoas estejam em estado vulnerável. É preciso liberdade frente à coerção e deve haver o entendimento em um grau substancial para estar em pleno uso de suas capacidades, visando poder decidir sobre seus próprios interesses (KANT, 2007, p.79).



Sinteticamente, o princípio da beneficência evidencia a necessidade de que as condutas e atitudes sejam sempre positivas, no sentido de ajudar os outros e revelar uma ação benéfica, voltada para evitar o mal, maximizando os benefícios e minimizando os possíveis danos. A beneficência traduz a meta e o fundamento primordial da medicina e da assistência à saúde. O princípio da não-maleficência é identificado como um desdobramento da beneficência, uma abstenção intencional de executar uma ação que cause algum dano, expressa na essência do juramento de Hipócrates, quando este diz que prescreverá receitas para o bem do paciente e nunca para causar-lhe mal (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001, p.211). Para a compreensão plena da não maleficência, é importante dominar os conceitos de prejudicar ou lesar, ou seja, causar prejuízos a alguém ou fazer com que alguém sofra prejuízos; daí a vulnerabilidade como referencial ético fundamental. É dever de todos, proteger uns aos outros, evitando danos que possam causar o mal ao outro.

Por fim, o princípio da justiça está atrelado à visão da justiça distributiva, onde iguais devem ser tratados de modo igual e desiguais devem ser tratados de modo desigual (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2001, p.211). Esse princípio, totalmente relacionado a teorias jurídicas modernas, é a expressão da proteção dos vulneráveis, e, por isso, abarca os benefícios, riscos e os encargos do acesso à saúde a todos os cidadãos de forma justa (RAWLS, 1997, p.56).

Hoje, a bioética é considerada uma ciência aplicada, uma área interdisciplinar, integrativa de vários ramos do saber, muito importante na seara das resoluções dos dilemas atuais que envolvem os avanços do conhecimento, a ética, a moral, a diversidade cultural e os valores humanos, tendo a responsabilidade, em seus estudos atuais, de proteger a natureza, os recursos para as novas gerações, a dignidade humana e suas vulnerabilidades, já que perpassa assuntos e problemas globais e sociais (GARRAFA, 2012, p. 28).

Analisando a evolução da bioética e constatando a frequente adaptação da teoria principialista às mudanças sociais e econômicas da sociedade, outros princípios e matrizes passaram a ser considerados, inclusive, em documentos internacionais, como a vulnerabilidade e a alteridade.

## 2.1 VULNERABILIDADE



O estudo da vulnerabilidade se torna especialmente essencial para situações que surgem principalmente no âmbito da saúde e por estar diretamente ligada, na perspectiva da Constituição brasileira, ao estudo da dignidade da pessoa humana, fundamento da república. A ideia de dignidade da pessoa humana é um conceito filosófico e abstrato e a doutrina do direito a considera como um guia, mesmo diante da sua difícil aplicação prática, já que possui natureza expressivamente subjetiva.

Dignidade da pessoa humana, segundo Ingo Wolfgang Sarlet, é “a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade”, decorrendo, assim, em um conjunto de direitos e deveres fundamentais para evitar atos humilhantes ou cruéis e ao mesmo tempo garantir condições existenciais saudáveis, fomentando sua autonomia individual e coletiva, numa integração total entre todos os seres (SARLET, 2012, p. 60).

A relação da dignidade da pessoa com as dimensões de sua vulnerabilidade torna-se evidente, quando visível a complexidade dos fatores sociais que podem diferenciar cada ser humano dentro de uma situação jurídica. Entender a vulnerabilidade pressupõe honrar a dignidade da pessoa, identificando o seu ambiente, as condições de sua vida, as suas características, os riscos que a circulam, entre outros requisitos.

Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, deriva de *vulnus (eris)*, que significa *ferida*, podendo ser definida como a susceptibilidade de ser ferido (NEVES, 2006). Numa noção já preliminar de vulnerabilidade, pode-se pensar que todos os seres humanos são passíveis de ferimento somente por estarem vivos. A vida, por si só, em sua condição de existência, descortina a potencialidade de risco da espécie.

Maria do Céu Patrão Neves, afirma que este significado “etimológico-conceitual, originário e radical mantém-se necessariamente em todas as evocações do termo, tanto na linguagem corrente como em domínios especializados, não obstante o mesmo poder assumir diferentes especificações de acordo com os contextos em que é enunciado” (NEVES, 2006, p.158). A palavra *vulnerabilidade* é usada comumente em diferentes situações e contextos e isso culmina na ideia de que também é empregada como referência a diversos tipos de vulnerabilidade.

Seguindo essa noção essencial de vulnerabilidade, afirma Maria do Céu Patrão Neves que, mesmo em situações em que há autonomia, a vulnerabilidade se mantém, porque a



vulnerabilidade humana é ontológica e só será aliviada pela consciência da nossa existência social e preocupação com o outro, ou seja, a interdependência e reciprocidade nas relações (NEVES, 2021). A importante reflexão da professora leva à compreensão de que a vulnerabilidade é, antes de tudo, uma condição humana, mas uma condição que precisa ser objeto de preocupação coletiva, de preocupação de um ser para com um outro ser.

A vulnerabilidade constitutiva do ser humano é irredutível, inegociável e, por isso, não pode ser transposta, suprimida e nem mesmo o seu consentimento é condição suficiente para neutralizar os prejuízos que cada vulnerabilidade agrega. O contexto sociocultural e a instauração da ação humana baseada em princípios bioéticos, com responsabilidades, solidariedade e alteridade, sintetizam a constatação da pluralidade humana e de sermos seres mortais, finitos e, por isso, vulneráveis (NEVES, 2006, p. 166).

Chegando no contexto pragmático, o surgimento da ideia de vulnerabilidade se deu no âmbito da experimentação científica, considerando a situação dos grupos minoritários desprotegidos, vistos como inferiores (crianças, idosos, doentes mentais, mulheres e etnias minoritárias) e, por vezes, explorados pelos favorecidos, classificação que leva em conta os interesses dos grupos dominantes. “Partindo do pressuposto de que a vulnerabilidade é uma relação pautada pela assimetria das duas partes, ao se expor, é possível provocar feridas ou adquiri-las, fica evidente então, que todos estão vulneráveis, seja intencionalmente, ou por acidente” (NEVES, 2006, p.159).

O viés mais pragmático da vulnerabilidade culmina no pensamento de que a mesma é, para além de uma condição ontológica, uma condição a ser aferida de acordo com a realidade de vida de cada pessoa. Numa relação entre um médico e um paciente, há de se considerar, por exemplo, a capacidade de discernimento e compreensão, por vezes, do paciente, sujeito que, em regra, não tem a formatação técnica necessária para compreender determinadas informações.

Deve-se ter como paradigma, tanto no Direito e como na Biologia, a observação dos fatos e da ciência, atrelando o conhecimento ao respeito à dignidade da pessoa humana. Daí, para respeitar essa dignidade, precisa-se impor alguns limites e delimitar parâmetros de proteção. Percebe-se a importância de balizamentos éticos para guiar a proteção das pessoas e sua dignidade, face à condição da vulnerabilidade, característica inerente aos indivíduos e influenciada pelas circunstâncias existentes (CAVALCANTI; ZOLLINGER, 2021, p. 195).



Assim, o respeito à dignidade da vida humana, o que inclui especialmente os mais vulneráveis, deve ser uma máxima nas diretrizes de todos os países, uma vez que é um direito inerente aos seres humanos. Assim, reconheceu a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) da UNESCO, positivando o respeito à dignidade e à vulnerabilidade humana e à integridade individual (UNESCO, 2015).

Considerando que a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos estabelece o respeito à vulnerabilidade humana como princípio, mister se faz perceber que dele partem todos os demais em seguida, como expõe a professora Maria do Céu Patrão Neves, quando diz que uma nova lógica ética assiste às pessoas ao reivindicar direitos e deveres, pretendendo à “complementariedade entre uma consolidada ética dos direitos, assente na liberdade do indivíduo, desenvolvida pelo esforço da autonomia, e uma urgente ética dos deveres, assente na responsabilidade do outro e desenvolvida pelo reforço da solidariedade.” (NEVES, 2006, p.172).

Ao deparar-se com situações diversas, pode-se perceber que a vulnerabilidade ganha diferentes categorias ou tipos, tendo em vista poder referir-se a condições de gênero, idade, escolaridade, etnia, religião, raça ou qualquer outra dimensão social evidenciada historicamente. Assim, é possível perceber que há vulnerabilidades específicas, intrínsecas e extrínsecas, circunstanciais, pessoais e outras que levam em consideração a experiência e realidade pessoal de cada sujeito.

Certo é que, na relação médico-paciente, há uma assimetria que parte da vulnerabilidade geralmente de quem procura o profissional. Essa vulnerabilidade se estabelece no momento em que o domínio técnico e científico evidencia, por vezes, importante abismo entre os sujeitos. Isso não quer dizer que o médico, em determinadas circunstâncias, também não detenha a condição de sujeito vulnerável.

Assim, se todo ser humano é considerado como vulnerável, de onde nasce a necessidade de autodefesa, de responsabilidade para com si próprio e para com o outro, emerge daí a importância de se estabelecer balizamentos éticos para guiar a proteção das pessoas e garantir sua dignidade, pressupondo a necessidade de se adentrar na esfera da alteridade.

## 2.2 A ALTERIDADE





A alteridade é pressuposto fundamental para estabelecer um caminho ético nas relações humanas diante das desigualdades sociais, acentuadas pelo campo da saúde e diante da proteção da necessária preservação da dignidade da vida humana. Ana Thereza Meirelles e Monica Neves Aguiar apontam que, para uma existência digna do ser humano, sua autonomia será limitada pelos direitos alheios, complementando que se a “dignidade pressupõe como conteúdo a ideia de autonomia e é um fim em si mesmo, possui imanência a todo e qualquer humano, descortinando-se aí a evidente incidência do conteúdo da alteridade” (MEIRELLES; AGUIAR, 2018 p.137).

A palavra alteridade vem do latim *alteritas*, onde *alter* quer dizer o outro e *itas*, diversidade, diferença. Alteridade significa ver a característica do outro, o que é diferente, e a percepção de que o “eu” deve reconhecer essa diferença e conviver com ela, em igualdade de direitos e deveres. (NEVES, 2017, p.71).

O respeito pela diversidade, seja ela racial, ética, ideológica ou cultural, é uma condição para a existência da alteridade. Tudo isso “tem relação com a dignidade da pessoa, na medida em que a racionalidade sob o ponto de vista ético pressupõe o reconhecimento da igual dignidade dos sujeitos da relação, mas, também, das diferenças que residem na realidade pessoal de cada sujeito ” (MEIRELLES; SANTOS, 2021, p.14).

Para uma melhor compreensão do conceito de alteridade, estuda-se os três momentos sistematizados por Maria do Céu Patrão Neves, em Eu (Ego), Alter-ego e o Outro, face à evolução da espécie humana e que culminará na abordagem do termo alterlogia, quando designa a lógica do Outro enquanto Outro e também a lógica da ação humana (NEVES, 2017, p. 78).

No primeiro momento, o homem é parte da natureza, movido por instintos. O Eu aparecia ora como homem, ora como animal e, assim, a ação humana não era definida. Depois, em um segundo momento, com a noção da racionalidade trazida pelos gregos, o homem já consegue se distinguir da natureza e tem a percepção de si, a partir de sua própria consciência. Posteriormente, a partir do século XIX, surge um novo conceito, entendido como intencionalidade, a consciência de si a partir da consciência do outro, o reconhecer o Eu a partir do reconhecimento do Outro (NEVES, 2017, p. 77).

Assim, fica evidenciado que o conceito de alteridade é recente e tem como fundamento uma natureza ética. A partir da percepção da eticidade e da moralidade entre as pessoas, passa-se a idealizar a simetria nas relações, exercitando o colocar-se no lugar do Outro e ter a



percepção de que esse Outro é uma pessoa diferente e única em suas características (NEVES, 2017, p. 77-80).

Emmanuel Levinás defendia formas distintas de descobrir o Outro enquanto Outro, diferente do Eu. Levinás afirmava inclusive que não se deve prescindir do Eu para reconhecer o Outro, iniciando uma relação simétrica, ética e moral. Ricoeur assegura a reciprocidade entre a subjetividade e a alteridade, defendendo uma identidade pessoal narrativa, compreendendo a si mesmo e ao Outro, abrindo-se para a eticidade entre os sujeitos (NEVES, 2017, p. 77-80).

Compreende-se, dessa forma, que, atuando com alteridade, de maneira consciente e efetiva, é possível perceber a realidade do que o Outro está vivendo, e assim a reciprocidade na apropriação do problema do Outro. Cumpre salientar que a alteridade “é antes de tudo um desafio à condição humana, muitas vezes inebriada integralmente por excessos de individualismo que terminam obstando a percepção sensível da situação do outrem” (MEIRELLES; AGUIAR, 2018, p. 139).

Essa igualdade nas relações, tão almejada por todos, é de fundamental relevância no âmbito da saúde e da bioética e pressupõe o respeito à dignidade e à vulnerabilidade. É por meio da alteridade que se deve ter em mente a dimensão identitária e individualizada de cada pessoa e a impossibilidade de compará-la a qualquer outra dimensão pessoal.

Dentro da relação médico-paciente, é possível entender o protagonismo da vulnerabilidade e da alteridade em prol do seu desenvolvimento ético. São conteúdos da filosofia e da bioética que se entrelaçam à esfera jurídica da relação e não podem ser dispensados pelos sujeitos que a desenvolvem ou pelos intérpretes que procuram dirimir seus possíveis conflitos.

### **3. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E BIOÉTICOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

A figura do médico de família acompanhava os membros da família por toda vida, conhecendo o histórico clínico de forma ampla, às vezes até dos antepassados. A relação médico-paciente era de total confiança e dedicação, o que era positivo; por outro lado, a autonomia do paciente era nula, já que o detentor do conhecimento era o médico e, por isso, o único com credibilidade para decidir (SÁ; NAVES, 2018, p.101).



A relação entre os médicos e pacientes era sempre duradoura, na qual o médico identificava a enfermidade do doente, observava a evolução da doença e atestava seu desfecho com a cura ou não. Hoje, as consultas são cada vez mais rápidas e efêmeras, percebe-se um certo desinteresse e muitas vezes até falta de confiança, nas relações entre as partes, ensejando, com isso, a chamada medicina defensiva, onde os médicos procuram cada vez mais evitar contendas judiciais mesmo ferindo sua própria autonomia na relação (AGUIAR; COSTA, 2020, p.82).

Com a evolução da medicina e sua especialização em áreas cada vez mais segmentadas, o médico de família foi perdendo espaço e dando lugar aos especialistas, sistematizando o estudo das enfermidades, aprofundando o conhecimento das doenças, priorizando essas e relevando a segundo plano, os doentes. “As crescentes especializações dos médicos, embora necessárias, causam afastamento lógico entre estes e o paciente” (SÁ; NAVES, 2018, p.102).

Esse contexto, diga-se, não é uniforme. A massificação da relação médico-paciente é um processo mercadológico, que envolve conglomerados econômicos de seguradoras de saúde e a busca pelo barateamento dos recursos a serem ofertados, tanto pela saúde suplementar quanto pelo sistema único de saúde.

Uma análise ética da relação culmina na necessidade de que pacientes devam ser reconhecidos como seres biopsicossociais, deslocando-se o foco para o sujeito e não exclusivamente para a doença (PESSANI; SIQUEIRA, 2019). A tecnologia foi criando capacidades de melhorar diagnósticos e para algumas especialidades indo além do saber médico. Ficou mais fácil e rápido fazer uma ressonância magnética em uma pessoa e investigar o interior dela do que fazer consultas longas e detalhadas. “A massificação da medicina é um dos males do nosso tempo e uma das grandes causas, juntamente com a superespecialização, da deterioração do relacionamento médico-paciente” (KFOURI NETO, 2019, p.1008).

Os avanços tecnológicos trazem muitos benefícios a todos, mas não se pode esquecer do fato de que a assistência clínica deve ser permeada por sentimentos de compaixão, integração, confiança e empatia, características comportamentais que só podem existir em relações humanas e nunca através de máquinas. É necessário conhecer também sobre todo o contexto sociocultural do doente, fazer exames físicos apurados, além de perquirir sobre os sintomas que o fizeram procurar ajuda clínica.



O paciente sempre foi considerado a parte mais vulnerável na relação com o médico, aquele que detém menos conhecimento técnico e, por isso, está distanciado a ter autonomia plena para uma tomada de decisão. Com a ampliação do conhecimento do paciente sobre sua saúde por meio da internet e outros meios de acesso à informação, ele passa a se sentir mais seguro para exercer sua autonomia decisória e definir condutas sobre sua doença e tratamento, dialogando mais com o profissional da saúde. No entanto, sabe-se que a internet não é um território substitutivo ou ao menos seguro para coletar informações dessa natureza. Ao paciente, cabe saber que nenhuma informação acessada sem critérios deve ser superior à avaliação clínica.

Há de se ressaltar que, por vezes, os meios de comunicação e as redes sociais trazem à tona a intimidade da vida das pessoas, muitas vezes com campanhas que vão contra a classe médica, e como resultado, tem-se “a hostilidade para com os profissionais, que têm suas condutas generalizadas a partir de maus exemplos” (SÁ; NAVES, 2018, p.102). É necessário reconhecer a qualidade ética e técnica de muitos profissionais da saúde e as suas respectivas lutas em prol da saúde dos seus pacientes.

A informação é um dos pilares dessa relação, na qual se adquire como base fundamental a confiança entre as partes. A comunicação entre médico e paciente deve ser clara e objetiva, não esquecendo que quem detém o conhecimento científico é o médico, portanto, deve-se colocar na posição do paciente, uma vez que o paciente sendo o sujeito mais importante nessa relação, deve ser visto concomitantemente como a parte mais fraca, mais vulnerável, por estar em uma condição menos favorecida. “Os médicos, repita-se, devem aos pacientes uma informação objetiva, veraz, completa e acessível” (KFOURI NETO, 2019, p. 1269).

Algumas situações impostas pela interposição institucional, pública ou privada, principalmente quando o profissional de saúde se refere ao paciente pelo nome da doença ou número do leito que ocupa, também contribuem para o enfraquecimento da relação. É preciso competência, maturidade e sensibilidade para um redirecionamento: “todos esses fatores criam constrangimentos na relação médico-paciente” (SÁ; NAVES, 2018, p.102).

As condições socioculturais do paciente devem ser analisadas pelos médicos na tomada de decisão, uma vez que a realidade individual impacta diretamente em como compreender e dar seguimento à uma orientação terapêutica. É preciso captar o nível de instrução para saber se cada paciente terá compreensão e condições para seguir tratamentos clínicos indicados.



O desenvolvimento da sociedade é marcado por um aumento na aceção dos direitos que faz com que, equivocadamente, se deixe para segundo plano, os deveres. Para a convivência em comunidade, precisa-se agir com reciprocidade e assim cumprir os deveres para poder usufruir dos direitos. A lógica de deveres deve preceder a de direitos. Por outro lado, é importante ater-se à compreensão dos direitos e deveres do médico em relação aos direitos do paciente que irão ensejar sua autonomia (NEVES, 2017, p. 84).

O médico tem o dever de zelar pela saúde do seu paciente com o máximo de sua capacidade profissional, incluindo condutas diagnósticas e de tratamento, atendendo de forma humanizada e particularizada, segundo o código de ética médica. Do contrário, estaria agindo de maneira defensiva, aquém do que se poderia entender de conduta zelosa, utilizando-se bem menos sua capacidade técnica e desrespeitando princípios éticos (BARROS JÚNIOR, 2019, p. 90).

Diante de uma relação médico-paciente, a busca por menos desigualdade entre os sujeitos é possibilitada pela compaixão do olhar para o outro, na responsabilidade do cuidar do outro, na solidariedade e na reciprocidade de compreender as diferenças e vulnerabilidades alheias, agindo com alteridade.

#### **4 A ALTERIDADE COMO INSTRUMENTO DE REDUÇÃO DA ASSIMETRIA**

A boa prática médica deve partir da análise do paciente na sua individualidade, para cuidar dele e de seus familiares, resgatando a empatia, o acolhimento e a compaixão. A autodeterminação é o direito humano fundamental, no qual prevalecem os princípios constitucionais da dignidade da vida, da liberdade e da igualdade. O médico deve utilizar sua formação com sabedoria, “definida como o saber sobre o modo de usar o conhecimento para o bem social” (PESSINI *et al*, 2014, p. 86).

As diferenças na relação entre deveres e direitos permite construir a simetria da relação eu-outro, como entende a alterlogia abordada por Maria do Céu Patrão Neves, quando menciona as obrigações e as responsabilidades a ter para com o outro (NEVES, 2017, p. 85).

A alteridade, quando observada nas condutas dos profissionais de saúde, demonstra que “[...] a consciência de um atuar médico a partir dessa proposta pode colaborar para diminuir a



assimetria da relação médico-paciente, relação de poder quando encarada à luz da dominação pelo conhecimento” (MEIRELLES; AGUIAR, 2017, p.735).

Sobre esse prisma, constata-se a percepção da hipossuficiência do paciente nessa relação, diante do conhecimento que não domina, tornando-se um ente frágil em contexto assimétrico, face à incompreensão da sua própria situação. Por outro lado, cumpre ressaltar que “o poder da verdade estaria vinculado à hegemonia da medicina, sendo apresentado na relação entre médico e paciente como o poder da verdade médica – condição que maximiza a assimetria entre interlocutores” (VASCONCELOS, 2012, p. 391).

A ideia então é, por meio da alteridade, perceber a realidade de cada paciente, seu nível de informação e características que podem dificultar tanto o exercício da sua autonomia, quanto qualquer possibilidade de iniciar e/ou prosseguir o tratamento.

Assim, a relação médico-paciente pautada na alteridade inaugura um ambiente de confiança mútua entre os sujeitos, para deliberarem juntos sobre a condição clínica de um e as possibilidades terapêuticas, diagnósticos e prognósticos orientados pelo outro, tentando a proximidade à característica da simetria.

Ana Thereza Meirelles e Mônica Aguiar (2017, p.734-735) entendem que a alteridade é “um fator que contribui para a estabilidade e justiça entre os lados de toda relação humana, pode justificar o repensar da atuação médica, na medida em que força o deslocamento de perspectiva”. O arquétipo da alteridade na relação médico-paciente faz-se necessário face ao princípio da igualdade de todos e a assimetria de direitos e deveres dos autores sociais, buscando assim uma equidade na interação.

Na relação, o agir com alteridade tem como consequência o respeito pela medida de autonomia do Outro. “Deve ser mantido sempre em ponto de equilíbrio para assegurar o respeito pela autonomia do paciente/participante e garantir que o poder da técnica não a anule em nome de um paternalismo radical. ” (AGUIAR, 2016, p. 70-85). Ressalta-se, portanto, que a autonomia e a vulnerabilidade devem ser analisadas de *per si*, conforme cada caso em particular, uma vez que “se excessivamente aplicado conduziria a um paternalismo “disfarçado” de cuidado”, condenado pela bioética. (AGUIAR; COSTA, 2020, p. 82).

A autonomia na relação médico-paciente provoca mudanças. Quando o paciente participa do processo de tratamento clínico, passa também a exigir mais informações médicas para poder tomar decisões, assim, surge o consentimento informado. Tudo isso gera um





desconforto do médico em reconhecer a efetividade da autonomia e a necessidade da informação (SÁ; NAVES, 2018, p.37).

A perspectiva da aplicação do arquétipo da alteridade na relação médico-paciente possibilita fundamentalmente o respeito entre os sujeitos e sua biografia, considerando sempre a empatia e as diversidades. O médico precisa buscar a equidade, responsabilidade, compreensão e harmonia, garantindo a autonomia e a dignidade do paciente.

O profissional age com alteridade quando, em uma consulta, antes mesmo de adentrar no cerne do procedimento clínico, da anamnese e de seu diagnóstico, identifica o contexto socioeconômico-cultural do seu paciente, face a tantas desigualdades, adversidades e vicissitudes da vida.

## 5 CONCLUSÃO

As constantes mudanças na relação médico-paciente culminaram na necessidade de repensar os seus pilares e pressupostos, na medida em que surgiram demandas e contextos sociais diferentes. As possibilidades terapêuticas avançaram e a complexidade mercadológica do contexto em que a relação é desenvolvida ficou cada vez mais evidente, seja ela no âmbito do sistema único de saúde ou no âmbito da saúde suplementar.

A assimetria da relação médico-paciente é muito potencializada pela esfera da técnica, ou seja, pelo acesso ao conhecimento que, muitas vezes, é capaz de funcionar como um pressuposto fundamental à tomada de uma decisão visando um melhor caminho. Não ter o conhecimento para compreender, dialogar, questionar sobre determinada informação pode ser determinante para uma situação.

Agir com alteridade é reconhecer que cada pessoa tem uma dimensão de identidade que não se comunica, que não transcende a quem se relaciona com ela. Assim, usar a alteridade como um mecanismo para reduzir a assimetria é, sobretudo, adentrar à esfera ética das relações humanas. A alteridade deve ser, antes de tudo, uma premissa a ser adotada no âmbito de toda e qualquer relação social. Por meio dela, é possível contemplar a diversidade moral, social e cultural que habita todo o universo.

A ação pautada na alteridade consegue identificar as vulnerabilidades alheias. A vulnerabilidade, em suas diversas dimensões possíveis, é fator determinante para o



fortalecimento do consentimento do paciente e da sua capacidade decisória. A busca pela compreensão da individualidade do Outro esbarra na constatação de suas vulnerabilidades reais e possibilita a construção de uma relação mais atenta, cuidadosa e menos exposta a conflitos.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Mônica Neves. 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.

AGUIAR, Mônica Neves. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. **Revista de Biodireito e Direitos dos Animais**, Brasília, v.2, n.1, p. 70-85, Jan/Jun. 2016.

AGUIAR, Mônica Neves; COSTA, Jessica Hind Ribeiro. Uma análise bioética da relação paciente-médico à luz do arquétipo da alteridade. **Revista Brasileira de Direito Ambiental**, Salvador, vol.15, n. 01, p. 76-89, jan-abr, 2020.

BARROS JÚNIOR, Edmilson de Almeida. **Código de ética médica: comentado e interpretado**. Resolução CFM 2217/2018 – Timburi, SP: Editora Cia do eBook, 2019.

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

CAVALCANTI, Thais N.; ZOLLINGER, Adriana. Vulnerabilidades e Desigualdade entre Homens e Mulheres na Pandemia do Covid-19. In **O Feminino e o Direito na Contemporaneidade** – v. 2, SOUZA, Célia Regina N. (Coord.), Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos em la bioética contemporânea**. 2ª ed. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2005.

GARRAFA, Volnei; COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel (org.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora; MARTINS, Gerson Z.; BARBOSA, Swenderberger N. **Bioéticas poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB; 2012.

HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da bioética – a vulnerabilidade. **Rev. Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo 3(1): p. 41-51, 2009.





KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Tradução de Paulo Quintela. Portugal: Editora 70, 2007.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. Thompson Reuters, Revista dos Tribunais; 10ª. edição, 2019.

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

MEIRELLES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**, vol.13, n.1, p. 123-147, jan/abr 2018.

MEIRELLES, Ana Thereza; SANTOS, Tatiane Gomes Silva. Alteridade como elemento fundamental para a construção de relações simétricas entre médicos e pacientes. **Biodireito e direito dos animais I**. Coord. Heron José de Santana Gordilho; Janaína Machado Sturza; Valmir César Pozzetti - Florianópolis: Organização CONPEDI, 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: Característica, condição, princípio. **Revista Brasileira De Bioética**, 2(2), 2006, p. 158.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Alteridade e deveres fundamentais: uma abordagem ética. **Revista Direitos fundamentais e alteridade**, Salvador, V.I, n.01, p. 69-86, jul-dez 2017.

PESSINI, Leo, *et al.* Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n.1, p.85-93, 2014.

PESSINI, Leo. **Bioética global em tempos de incertezas, perplexidades e esperanças**. São Paulo: Ministros dos Enfermos, 2019.

PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. **Revista Bioética** (Impr.) 2019; 27 (1): 29-37.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SÁ, Maria de Fatima Freire de; NAVES, Bruno. **Bioética e Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

VASCONCELOS, Camila. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Revista Bioética** (Impr.) 2012; 20 (3): 389-96.

