

# A NOVA CONCEPÇÃO DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Fernanda Schaefer<sup>1</sup>

Sumário: 1. Introdução: Uma nova visão sobre a relação médico-paciente – 2. Conceito de consentimento informado – 2.1. Elementos do consentimento – 2.2. Capacidade para consentir – 3. Necessidade jurídica do consentimento e seus reflexos jurídicos – 4. Considerações finais: a nova concepção do consentimento esclarecido – 5. Referências Bibliográficas.

Resumo: O desenvolvimento da relação médico-paciente, bem como, das tecnologias e procedimentos médicos promoveram uma reestruturação na concepção do consentimento informado que deixa de ser entendido como uma mera manifestação de vontade do enfermo ou de seu representante, para constituir parte do direito fundamental à autodeterminação do paciente, conferindo legitimidade ao ato médico. Visa o presente trabalho analisar esta nova concepção buscando identificar seus princípios informadores e seus efeitos jurídicos.

Palavras-chave: Consentimento informado ou esclarecido. Autodeterminação. Informação.

Abstract: The development of physician-patient relationship, as well as technology and medical procedures promoted a restructuring in the of informed consent that is no longer

---

<sup>1</sup> Fernanda Schaefer – advogada em Curitiba-PR, Brasil. Especialista em Direito Processual Civil pela PUC-PR. Mestre em Direito Econômico e Social da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora em Direito das Relações Sociais na Universidade Federal do Paraná. Professora de Direito Civil e Biodireito. Autora de diversos livros e artigos sobre Direito Médico e Biodireito. Membro da Comissão de Ensino Jurídico da OAB-PR. ferschaefer@hotmail.com

understood as a mere expression of will of the patient or his representative, to be part of the fundamental right the patient to self-determination, giving legitimacy to the medical act. This paper aims to examine this new design in order to identify their principles and their legal effects informers.

Keywords: Informed consent. Self-determination. Information.

*“Libertas est naturalis facultas ejus quod cuique facere libet, nisi si quid vi aut jure prohibetur”<sup>2</sup>.*



## 1. INTRODUÇÃO: UMA NOVA VISÃO SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A evolução da Medicina e do próprio direito à saúde afetaram sobremaneira a relação médico-paciente<sup>3</sup>. Na

---

<sup>2</sup> Tradução livre: “A liberdade é faculdade natural de fazer cada um o que deseja, se a violência ou o direito não lhe proíbe”.

<sup>3</sup> É necessário aqui fazer uma ressalva. Entende Conselho Federal de Medicina (item XX da Resolução n. 1.931/09 – *a natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo*) que a relação médico-paciente não é uma relação de consumo. No entanto, por ser norma meramente ética, não apresenta efeitos práticos, exceto o próprio desserviço aos profissionais, orientando-os de maneira equivocada. É visão demasiadamente restritiva, pois o fato de ser considerada uma relação personalíssima não afasta a incidência do Código de Defesa do Consumidor (norma de ordem pública irrevogável por normas éticas). A análise que se realizará nesse item não pretende ingressar na polêmica, uma vez que: 1- não é o objeto do presente estudo e nele ingressar acabaria ‘embaçando’ questões mais importantes que aqui se pretende abordar; 2- o tema já foi pela autora desse trabalho exaustivamente estudado na obra *Procedimentos Médicos Realizados a Distância & Código de Defesa do Consumidor* e, portanto, desnecessário ingressar novamente na questão.

Modernidade (séculos XV a XIX<sup>4</sup>), a recuperação dos ensinamentos hipocráticos e galenos em sua pureza paternalista e as condições de desenvolvimento humano (social e econômico) precárias, acabaram levando à grande crise dessa relação, que se tornou ainda mais verticalizada. Essa visão trouxe, por consequência, a sub-valorização e degradação do paciente, transformando-o em mero objeto da atuação médica (desumanização da Medicina) que se realizava em uma interação meramente técnica e instrumental<sup>5</sup> limitada apenas ao orgânico e que permitiu o prevalescimento de um interesse maior na enfermidade do que no enfermo.

No século XX o desenvolvimento biotecnológico agravou essa situação, fazendo com que a Medicina se tornasse extremamente especializada e racionalista (cega e surda<sup>6</sup>), ou seja, ainda mais científica e menos humana (Medicina Tecnocêntrica), permitindo que a adoração à técnica, à tecnologia e a ambientes tecnicamente perfeitos prevalecessem

---

<sup>4</sup> Vale ressaltar que a organização da profissão médica e consequente limitação de sua prática a profissionais formados por Faculdades de Medicina só tem início no século XIII. Até então, a “Medicina” era exercida pelos mais diversos tipos de pessoas: sacerdotes, barbeiros, curandeiros, que tinham o empirismo terapêutico como orientador de suas práticas o que, inclusive, acabava influenciando na credibilidade da profissão e reforçando o modelo paternalista ao relacionamento médico-paciente. A prática médica, então, fica limitada aos poucos que tinham acesso às raras escolas médicas existentes, especialmente, na Europa.

<sup>5</sup> Daí surge a ideia de paciente como cliente (usuário), do médico como prestador de serviços e da saúde como um bem de produção, aumentando ainda mais a tensão sempre presente nesse vínculo. Essa visão ganhou força durante a Revolução Industrial que permitiu a equiparação do corpo humano a uma máquina (noção de homem-máquina), legitimando a fragmentação do enfermo segundo os critérios de especialidades médicas. A visão médica, a essa época, transforma-se em objetivista, calculista e fria, considerando e tratando o organismo dissociado da pessoa (visão organicista). A distância afetiva entre médico e paciente permite o incremento da prática médica despersonalizada, visão que não admite compreender o corpo humano como uma totalidade física, psíquica e social.

<sup>6</sup> “Cega, porque limitando-se a compreender a doença apenas como pobres variáveis anatômicas e/ou bioquímicas não enxerga o ser humano como ele verdadeiramente o é. Surda, porque o paciente não sendo colhido como sujeito é impedido de manifestar-se como pessoa.” (José Eduardo de SIQUEIRA, 2002, p. 96).

sobre o respeito ao ser humano. O desenvolvimento social e tecnológico das ciências médicas embora tenha retirado a aura de sacralidade que pairava sobre o profissional médico, retardou o reconhecimento da autonomia do enfermo em tomar decisões<sup>7</sup>, o que permitiu que essa relação “acidentalmente conflitiva” se tornasse “essencialmente conflitiva.”<sup>8</sup>

Com a chegada do século XXI ganhou força a preocupação em humanizar e democratizar<sup>9</sup> a relação médico-paciente. Movimento que quebra o ideal organicista valorizando a dignidade da pessoa humana, e levando a Medicina a repensar o vínculo eminentemente paternalista de submissão do paciente a todas as decisões do facultativo, para se realizar em uma relação interpessoal que reconhece a autonomia do enfermo e é protegida não apenas por normas éticas, mas também, pelo Direito. Coloca-se, dessa forma, ênfase não somente no orgânico, mas também, nas demais dimensões da pessoa humana que implicam respeito à sua individualidade e o seu reconhecimento como parte de um grupo social. Afirma Elio Sgreccia (2002, p. 197) que

O doente (ou alguém por ele) que tomou consciência de seu estado de saúde e de seus limites, que reconhece não ser competente no campo da doença que o ameaça e diminui a sua autonomia, tendo em vista recuperar ou prevenir prejuízo à sua autonomia, toma a iniciativa de se dirigir a outra pessoa, o médico, que, por sua

---

<sup>7</sup> Apenas na década de 70 os códigos de ética médica começam a alterar o foco de proteção deslocando-o para o enfermo que passa a ser o centro da atenção médica. No entanto, isso não significa, necessariamente, que a relação não continue sendo analisada sob a perspectiva do médico, uma vez que a democratização da Medicina exige, também, um comprometimento com o diálogo.

<sup>8</sup> Sérgio I. Ferreira COSTA; Leo PESSINI (2004, p. 189).

<sup>9</sup> A Medicina humanizada deve se realizar pela interação dos seguintes elementos: autonomia; idoneidade (capacidade profissional); diálogo; empatia; continuidade ou estabilidade da relação e ausência de conflito de interesses (uma vez que tanto médico como paciente são seres autônomos).

preparação e experiência da profissão é capaz de ajudá-lo. *O doente permanece sendo ator principal da administração da saúde. O médico que aceita ajudá-lo é também ele ator, mas no sentido de quem colabora com o sujeito principal ou para um determinado fim* [nos limites éticos e jurídicos] [sem grifo no original].

Sabe-se que “*la medicina es una ciencia; la profesión médica es el ejercicio de un arte baseado en ella*”<sup>10</sup> (Hans JONAS, 1997, p. 99). Arte que se concretiza não em compreender um problema clínico em uma parte do corpo, mas sim, em entendê-lo num ser humano considerado em sua integralidade bio-psíquica-social. Assim, ainda que o objeto da atuação médica seja o corpo humano (e, por consequência, a saúde), não pode o profissional fazer abstração da totalidade do paciente, em especial, no que se refere à sua liberdade de escolha (autodeterminação). Deve o facultativo saber, ainda que intuitivamente, que ao entrar em contato com o corpo doente, está automaticamente tomando contato com questões íntimas (e até secretas), aproximando-se, dessa forma, de uma pessoa com necessidades especiais e diversas, considerando, pois, que não é possível o adequado exercício da Medicina se não for de maneira personalizada.

É incontestável que a Medicina se desempenha sobre um objeto especial<sup>11</sup>, que possui um fim em si mesmo: o organismo humano. “*La ‘materia prima’ es aquí ya la última e completa, el paciente, y el médico tiene que identificarse con su objetivo propio. Ésta es en cada caso la ‘salud’ [...]. El*

---

<sup>10</sup> Tradução livre: “*a medicina é uma ciência; a profissão médica é o exercício de uma arte baseado nela*”.

<sup>11</sup> Na lição de Hans Jonas (1997, p. 99): “[...] *para el médico la materia en la que ejerce su arte, la que ‘elabora’, es en sí misma el fin último: el organismo humano vivo como objetivo de sí mismo.*” Tradução livre: “[...] *para o médico a matéria em que exerce sua arte, a que prepara, é em si mesma um fim último: o organismo humano vivo como objetivo em si mesmo.*”

*cuero es lo objetivo, pero se trata de sujeto*”<sup>12</sup> (Hans JONAS, 1997, p. 99). Mas, justamente por ser indissociável do corpo humano<sup>13</sup> o sujeito ao qual pertence, deve o paciente ser observado de acordo com a visão humanista, ou seja, como pessoa especialmente vulnerável (não como mero cliente – visão mercantilista da Medicina<sup>14</sup>). Trata-se, dessa forma, em reconhecer que é relação que implica, necessariamente, uma interação comunicativa (diálogo), que permite a aproximação, o conhecimento e o respeito ao outro, uma vez que se realiza nos escopos: informativo, terapêutico e decisório.

Como toda arte, a Medicina também possui objetivos, que se realizam em três grandes níveis de complexidade: a complexidade das enfermidades; a complexidade dos seres humanos e a complexidade das interações possíveis entre enfermos e enfermidades. Por isso, José Fermín Pietro Aguirre (2001, p. 1) afirma que a relação médico-paciente se desenvolve em três momentos distintos que se aprofundam à medida que a relação se desenvolve e que exigem linguagem

---

<sup>12</sup> Tradução livre: “a ‘matéria-prima’ é aqui última e completa, o paciente e o médico devem se identificar com seu objetivo próprio. Está é em cada caso a saúde [...]. O corpo é o objetivo, mas se trata de sujeito”. A Medicina, influenciada pelos ideais cartesianos, acabou aceitando a divisão do corpo em partes, o que facilita a sua ‘coisificação’. Leciona José Eduardo de Siqueira (2002, p. 91) que “a filosofia desse modelo acadêmico acolhe o objeto e não o sujeito, o corpo e não o espírito, a quantidade e não a qualidade, a causalidade e não a finalidade, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, a essência e não a existência”, inviabilizando a visão do ser humano como um todo complexo formado pelo biológico, pelo social, pelo psicológico e pelo cultural. O valor da pessoa como um todo orgânico não pode ser afastada da atuação médica, uma vez que é a sua integridade funcional o objetivo da Medicina.

<sup>13</sup> Interessante notar que a retomada da ideia de que sujeito e seu corpo são indissociáveis, não permite afirmar (ao menos nos rumos atuais) que essa inseparabilidade também abranja a integralidade de seus dados clínicos.

<sup>14</sup> Léo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine (1996, p. 163) arguem que “quanto menos o médico dá de si e de seu tempo, mais medicamentos prescreve e mais exames de laboratórios pede. É a medicina farmacologizada e instrumentalizada”, prática que predomina em muitos países, atualmente impulsionada pelas forças de mercado e pelo poder dos grandes laboratórios farmacêuticos e que leva a uma nova forma de desumanização da Medicina.

diferenciada. São eles,

1. *Llamada del paciente. El médico contesta volcándose en su ayuda con una distancia afectiva mínima. [...]. El lenguaje no verbal<sup>15</sup> será el protagonista, debiendo transmitir una acogida calurosa y una disposición incondicional de ayuda [...].*
2. *Alejamiento u objetivación. El enfermo se convierte en un objeto de estudio y la distancia afectiva se amplía de forma considerable. Es el período de la anamnesis, las exploraciones y pruebas diagnósticas, fase de la relación médico-paciente en que el la neutralidad afectiva es necesaria, aunque dura para el enfermo. En esta fase el médico buscará, mediante lenguaje verbal, obtener la mayor información posible [...]. El lenguaje verbal proporcionará al médicos datos imprescindibles para el diagnóstico y tratamiento y, al mismo tiempo mediante lenguaje no verbal se continuará transmitiendo interés especialmente.*
3. *Personalización. Una vez establecido el plan terapéutico a seguir el enfermo se convierte en persona que sufre y con el hay que establecer una interrelación humana. Durante esta etapa tiene lugar el tratamiento biológico y psicoterápico del paciente. [...]. En la tercera fase se desarrollará la labor retórica del médico. La comunicación informativa-persuasiva y psicoterápica del médico dirigida al enfermo y sus familiares constituyen los aspectos retóricos de la praxis médica<sup>16</sup>.*

---

<sup>15</sup> A comunicação não verbal, explica o autor, atua em diferentes frentes: comunicando atitudes e estados emocionais, por meio da expressão corporal; apoiando e completando a comunicação verbal; controlando a interação; obtendo o 'feedback'.

<sup>16</sup> Tradução livre: "1- Chamada do paciente. O médico responde voltando-se em sua

São fases multidimensionais que nem sempre se desenvolvem de maneira harmoniosa ou que se possa facilmente perceber a mudança de uma para a outra, mas que, obrigatoriamente, devem promover completa interação entre médico e paciente, permitindo que estabeleçam um diálogo pautado pela confiança e pelo respeito (e a identificação da linguagem utilizada pelo médico traz importantes pistas de como o relacionamento se desenvolve).

Fato é que a relação médico-paciente é, *a priori*, assimétrica: o médico<sup>17</sup> detém o conhecimento e os meios técnicos, enquanto o enfermo se lhe apresenta com ausência de saúde, colocando bens indisponíveis como vida e integridade física e psíquica à mercê de sua atuação. Essa assimetria natural, no entanto, não se deve caracterizar pelo desequilíbrio, mas sim, por consideração e respeito mútuos, sustentáculos do diálogo que entre eles deve existir.

---

ajuda com uma distância afetiva mínima. [...]. A linguagem não verbal será protagonista, devendo transmitir uma acolhida calorosa e uma disposição incondicional de ajuda [...]. 2- Afastamento e objetivação. O doente se converte em objeto de estudo e a distância afetiva se amplia de forma considerável. É o período da anamnese, das explorações e provas diagnósticas, fase da relação médico-paciente em que a neutralidade afetiva é necessária, ainda que dura para o enfermo. Nesta fase o médico buscará, mediante linguagem verbal, obter a maior informação possível. [...]. A linguagem verbal proporcionará aos médicos dados imprescindíveis para o diagnóstico e tratamento e, ao mesmo tempo, mediante linguagem não verbal, continuará transmitindo especial interesse. 3- Personalização. Uma vez estabelecido o plano terapêutico, o enfermo se converte em pessoa que sofre e com quem há de se estabelecer uma inter-relação humana. Durante esta etapa tem lugar o tratamento biológico e psicoterápico do paciente. [...]. Na terceira fase se desenvolverá a retórica do médico. A comunicação informativa-persuasiva e psicoterápica do médico dirigida ao enfermo e seus familiares constituem os aspectos retóricos da práxis médica.”

<sup>17</sup> Outro elemento promotor do desequilíbrio na relação é que em muitos casos o médico utiliza o seu conhecimento como forma de promoção de sua própria subsistência o que permite que “sua percepção do paciente oscile de forma dicotômica, ora o considerando como provedor de recursos – direto (quando consulta particular) ou indireto (nos casos de transferência de recursos por instituições ou sistemas de saúde) – ora percebendo-o segundo a perspectiva inerente ao ethos da profissão, onde o paciente é visto como ser humano doente, que necessita de cuidados.” (Marcelo Sousa TAVARES, 2008, p. 126).



Contudo, as exigências da sociedade contemporânea não permitem a criação de vínculos afetivos com pessoas que são consideradas clientes, bem como essa proximidade não é aconselhada pelos diversos códigos de ética médica. Essa distância afetiva acabou não só despersonalizando a relação médico-paciente como, também, fez por muitos anos prevalecer o ideal paternalista como informador absoluto desse vínculo. Sobre a relação entre médico e paciente ensina Hildegard Taggesell Giostri (2004, p. 38) que

[...] a relação jurídica que se estabelece entre o profissional da saúde e o seu cliente insere-se no tipo *fato social de caráter externo*, já que existe e funciona independentemente da circunstância do paciente vir ou não a fazer uso do trabalho profissional do médico, ainda que esta função exista por ele e para ele. É, também, uma *relação jurídica* porque se submete a uma regulamentação, seja pelos códigos de ética, seja pela própria ordem jurídica, já que a profissão médica é liberada e legalizada pelo Estado, que a regula e disciplina. A *matéria* da relação jurídica é a própria atividade do profissional, que a identifica também como relação social.

Pode-se, então, afirmar que a relação médico-paciente se realiza em três grandes dimensões intimamente interligadas: socioeconômica; técnico-científica e intersubjetiva de ajuda. Portanto, para além do inegável valor social<sup>18</sup> que à profissão médica se confere, é preciso tratá-la como uma relação sempre interpessoal e jurídica e que, por isso, não se submete apenas a códigos de ética, mas sim a leis que contém regras e princípios

---

<sup>18</sup> O próprio Anexo A, da Resolução n. 1.627/2001, do CFM, reconhecendo a prática médica para além simplesmente da técnica, afirma que à Medicina se atribuem cinco funções sociais, quais sejam: “*assistência aos enfermos; pesquisa sobre doenças e sobre doentes; ensino das matérias médicas; exercício da perícia; supervisão de auditorias técnicas.*”

que informam a prática médica.

No Brasil, a profissão médica é regulamentada pela Resolução n. 1.627/2001, do Conselho Federal de Medicina, que visa, inclusive, definir o alcance do ato médico. Segundo o art. 1º, são atos privativos (privilégio profissional) dos profissionais médicos<sup>19</sup> os que envolvam procedimentos diagnósticos ou impliquem indicação terapêutica quando dirigidos:

1. a promoção de saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
2. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);
3. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

As ações médicas, via de regra<sup>20</sup>, devem estar voltadas para a promoção do bem-estar das pessoas aqui entendidas como: a profilaxia ou o diagnóstico de enfermidades; indicação e implementação de tratamento ou reabilitação; criação e aprimoramento de procedimentos técnicos; desenvolvimento recursos confiáveis para a identificação e tratamento de doenças. Portanto, atos que exigem a proximidade do doente

---

<sup>19</sup> O Conselho Federal de Medicina reconhece como médico a pessoa formada em Medicina em estabelecimento educacional oficial ou oficialmente reconhecido, além de exigir que esteja regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina de seu respectivo Estado (Preâmbulo do Código de Ética Médica, item III). Segundo dados do próprio CFM, o Brasil conta com apenas 344.034 médicos ativos, em sua grande maioria localizados nos grandes centros urbanos ou em suas proximidades (Disponível no site: <<http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp#>>. Acesso em 10 jan. 10). Isso reflete uma dura realidade, o fato do médico humanista e altruísta ser uma escolha rara que confirma a máxima italiana: “*la medicina es aquella que dice al pobre cómo podría curarse si fuera rico*” (Josep A. RODRIGUEZ, 1981, p.97). Tradução livre: “*a medicina é aquela que diz ao pobre como poderia se curar se fosse rico.*”

<sup>20</sup> Fala-se em regra, pois também se admite que o médico pratique atos de natureza não clínica, como por exemplo: atos administrativos (planejamento de serviços e programas); atos periciais; atos políticos (assessoria e conselho).

com o médico, o que não significa, como se viu no capítulo anterior, que devam estar fisicamente presentes. Dessa forma, é atividade cujo exercício exige para além da coleta de diversos dados pessoais e clínicos, um diálogo participativo que deve levar em consideração a especial vulnerabilidade do enfermo em face do profissional, admitindo sua qualidade de paciente<sup>21</sup>, identificando-o como um ser autônomo, capaz de tomar decisões e realizar suas próprias escolhas, bem como, aceitando que em inúmeras vezes haverá incerteza do médico em face dos possíveis resultados de diagnósticos e medidas terapêuticas.

No novo contexto da Medicina, em que regras mercadológicas exercem fortes pressões e que as mais diversas tecnologias dão impulso a novas expectativas, a intermediação promovida pela Bioética aproximou médicos e pacientes e hoje “o respeito à integridade, à liberdade, à confidencialidade e à dignidade da pessoa humana são inalienáveis e fazem parte do cotidiano dos que trabalham em medicina” (Sérgio I. Ferreira COSTA; Leo PESSINI, 2004, p. 189), considerando-se, dessa forma, a pessoa como um fim em si mesma.

A visão humanista dos atos médicos faz com que a relação médico-paciente passe a ser regida por diversos princípios éticos e jurídicos que tendem a ser um ponto de equilíbrio face às forças de mercado. Entre esses princípios, destacam-se, por sua relevância: o da veracidade, o da privacidade, o da confidencialidade, o da fidelidade e transparência e o da confiança, todos também informadores do

---

<sup>21</sup> O Anexo A, da Resolução n. 1.627/2001, esclarece que “a designação paciente, tradicionalmente atribuída aos clientes dos médicos (e de outros profissionais da saúde), importa em destacar o reconhecimento de sua qualidade de enfermo não só como objeto de uma atuação científico-técnica, mas, principalmente, como sujeito de uma interação interpessoal responsável e humana dirigida para libertá-lo do padecimento. Aliás, ao contrário do que muita gente parece pensar, o termo **paciente** provém de sofredor, molestado, afetado negativamente por uma enfermidade. Não tem qualquer conotação de passividade ou de dependência (nem com ter paciência, esperar passivamente, deixar-se levar, submeter-se ou agir pacificamente”.

consentimento esclarecido. Princípios que visam preservar o enfermo em sua totalidade, equilibrando e harmonizando o vínculo e conferindo-lhe garantias mínimas não só quanto à relação jurídica desenvolvida entre os sujeitos, mas também quanto à proteção dos dados fornecidos em consultas e exames clínicos.

## 2. CONCEITO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

O exercício da Medicina, independente se com o paciente presente ou distante, envolve bens considerados indisponíveis pela Constituição Federal brasileira, tais como saúde, integridade física, vida e intimidade e, por isso, é crescente a preocupação ética e jurídica com as práticas médicas.

A informação dada ao paciente ou a quem por ele é responsável deve ser clara, objetiva e compreensível, sendo importantíssimo que o médico documente todo esse processo, não só para sua própria segurança, mas como garantia das opiniões dadas ao paciente e da adequada prestação dos serviços contratados.

A expressão consentimento informado foi traduzida do inglês *informed consent*, não havendo uniformidade entre os autores brasileiros sobre essa denominação, o que levou aos mais diversos termos: consentimento esclarecido; consentimento pós-informado; consentimento consciente, etc., sem que se possa identificar uma diferença substancial de conceitos entre eles (podem, portanto, ser usados como sinônimos).

A origem da expressão não é muito clara. A primeira notícia de que se tem conhecimento sobre a necessidade de um consentimento do paciente para prática de atos médicos é o julgamento do caso *Slater v. Baker & Stapleton*, em 1767, na Inglaterra. O documento considerado percussor do termo de

consentimento informado<sup>22</sup> data de 1833 e foi firmado entre o pesquisado Alexis St.Martin e o pesquisador William Beaumont, nos Estados Unidos. A expressão consentimento informado foi utilizada pela primeira vez ainda em 1833 no Código de Experimentação Ética e Responsável elaborado pelo mesmo Dr. Beaumont. A expressão *informed consent*, tal qual se conhece atualmente, foi utilizada pela primeira vez apenas em 1957 na decisão judicial proferida no caso Salgo v. Leland Stanford Junior e University of Trustees, na Califórnia, Estados Unidos.

Foi somente no início do século XX que surgiram as primeiras recomendações governamentais a esse respeito (Prússia e Alemanha). A necessidade de obtenção do consentimento informado para realização de procedimentos médicos tornou-se mais evidente após a II Guerra Mundial, quando surgiram as primeiras considerações éticas internacionais sobre experimentações em seres humanos.

O consentimento informado tem seus fundamentos no Código de Nuremberg (1947), implícitos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), na Declaração de Helsinque (1964/VII-2008)<sup>23</sup>, com referência no Informe Belmont (1978-USA), nas Diretrizes Internacionais para Pesquisa em Seres Humanos (CIOMS, 1993) e, no Brasil, no Código de Ética Médica Brasileiro (Resolução n. 1931/09, CFM), na Lei nº 11.105/05 (Lei de Biossegurança), na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 1605/2000, do CFM, citando-se as principais.

Assim, o consentimento informado (oral ou escrito)<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Assemelhava-se mais a uma autorização ou a um contrato do que propriamente a um termo de consentimento informado como se conhece hoje.

<sup>23</sup> Recepcionada no Brasil pela Resolução 671/75, do CFM, é também denominada Recomendações para Guia dos Médicos na Pesquisa Clínica.

<sup>24</sup> É aconselhável que as duas práticas sejam utilizadas concomitantemente, o que auxilia na compreensão por parte do paciente e no esclarecimento de suas dúvidas, sendo conveniente que o consentimento seja obtido próximo ao ato médico, mas com tempo hábil para que a decisão não seja tomada sob pressão.

consiste no reconhecimento da autonomia do paciente em se submeter ou não a técnicas médicas de pesquisa, prevenção, diagnóstico e tratamento, respeitados suas crenças e valores morais, direitos considerados de personalidade pelo art. 15, do Código Civil. Trata-se de decisão livre, voluntária, refletida, autônoma, não-induzida, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre o procedimento ou procedimentos biomédicos a serem adotados nos termos informados.

Na lição de Joaquim Clotet “a prática ou a obtenção do consentimento informado no exercício da Medicina e a pesquisa em seres humanos são próprias das últimas décadas e caracterizam o aperfeiçoamento da ética biomédica”.

Ao consentimento livre e esclarecido é atribuído hoje particular significado humanitário, ético (arts. 22; 101; 110, do Código de Ética Médica) e jurídico em face dos constantes avanços biotecnológicos que tantas vezes colocam em risco princípios constitucionais e direitos fundamentais da pessoa humana, pois reconhece e fortalece, numa prática dialogada, a capacidade de autodeterminação<sup>25</sup> do indivíduo.

A regulamentação jurídica do consentimento informado com regras rígidas e fechadas é perigosa e deve ser evitada, pois muitas vezes não coincidiriam com a realidade sócio-econômica e cultural dos médicos e pacientes e poderiam levar a autorizações totalmente viciadas sem qualquer eficácia jurídica. É importante, nessa área, apontar elementos gerais e universais que possam obrigatoriamente constar nos termos, mas nunca limitar as suas redações à linguagem técnica ou jurídica, ou a conteúdos expressamente pré-determinados, sob

---

<sup>25</sup> Ressalte-se que a autonomia privada não é mais totalmente livre. O homem é senhor de seu destino, mas deve observar e respeitar os limites estabelecidos por princípios constitucionais como dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais como vida, saúde e integridade física, direitos irrenunciáveis e inalienáveis. Deve-se levar em consideração que com o advento do Estado Social a autonomia passou a expressar-se como princípio de liberdade moral e não mais como liberdade para todos os atos civis lícitos ou não defesos em lei, sendo o consentimento informado uma manifestação daquela liberdade moral.

pena de torná-lo inócuo aos fins a que se destina.

Face a essa lacuna ética-legislativa sobre os modos de informação, Joaquim Clotet indica que “um dos modelos usados para obter o consentimento informado é o do ‘homem racional’, presente nos casos *Canterbury v. Spence* e *Cobbs v. Grant*. Esse paradigma poderia ser explicado da seguinte maneira: ‘um médico deveria informar o seu paciente na forma com que um homem racional gostaria de saber’. A aplicação desse princípio permite várias formas de execução” que ficariam à escolha do médico conforme sua percepção do estado físico e mental do paciente<sup>26</sup>, de sua cultura e grau de instrução, considerando-se o prognóstico, o diagnóstico e o tratamento. Conclui Marilise Baú (2009, [s.p]) que,

A real importância do consentimento está, no cumprimento da lei, no sentido de fazer respeitar os direitos fundamentais da pessoa e trazer à responsabilidade ou chamar a atenção do pesquisador ou do profissional da área médica que poderá responder por seus atos, e em fazer valer a vontade do paciente capaz, mesmo que esta consciência surja, em um primeiro momento, pelo temor à sanção penal e civil.

O consentimento informado é um importante instrumento de validade ética e jurídica dos atos médicos capaz de reconhecer a autodeterminação da pessoa como um de seus pilares.

## 2.1. ELEMENTOS DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

O consentimento esclarecido é considerado um ato

---

<sup>26</sup> É o denominado privilégio terapêutico. O médico analisa as condições físicas e psíquicas do paciente para determinar até onde podem chegar as informações sobre tratamento, diagnóstico e prognóstico, para que o bem-estar presente do paciente não seja abalado.

jurídico voluntário, personalíssimo e unilateral<sup>27</sup> e, portanto, deve possuir como elementos:

- I. *Capacidade para consentir.* A pessoa deve ser juridicamente capaz de assumir livremente deveres e obrigações. A capacidade é condição personalíssima indispensável para qualquer ato da vida civil. O indivíduo deve ser capaz de tomar decisões independentes e racionais, podendo assumir as conseqüências e os efeitos que desse ato possam advir, para que as suas decisões possam ser consideradas ética e juridicamente válidas. É seu direito também a recusa em receber a informação por ansiedade, por confiar no médico, ou simplesmente por não lhe interessar.
- II. *Voluntariedade.* É o consentimento livre de qualquer vício, estimulando-se o paciente a tirar suas dúvidas, expor seus temores, anseios e expectativas.
- III. *Autorização (ativa) ou Consentimento.* É a tomada da decisão propriamente dita. Pode ser escrita ou oral, sendo aquela forma considerada a mais indicada e a mais segura juridicamente.
- IV. *Informação<sup>28</sup> prévia, clara, aproximativa da realidade, honesta e adequada à compreensão e ao estado emocional do interlocutor.* É a informação dialogada e o mais próxima possível da completez

---

<sup>27</sup> O consentimento não deve ser confundido com o contrato de prestação de serviços existente entre médico e paciente.

<sup>28</sup> C.A.C Fortes (1994, [s.p.]) ensina que na literatura médica há três padrões de informação. O primeiro é o padrão da prática profissional em geral, em que o médico revela o que um profissional de saúde comum e consciencioso revelaria em condições similares. O segundo padrão é o do paciente ou sujeito da pesquisa “médios”, em que se determina o quanto de informação deve ser revelada levando-se em consideração condições sócio culturais. O terceiro padrão é o subjetivo, no qual o médico procura uma abordagem informativa apropriada e personalizada – é o que mais se ajusta às exigências éticas e legais.



e da verdade sobre objetivos, riscos, benefícios, probabilidades de sucesso, métodos, técnicas, duração, etc., de procedimentos que afetarão a saúde ou a integridade física ou psíquica da pessoa<sup>29</sup>. Para que seja possível a compreensão pelo paciente ou seu responsável é preciso que o médico tenha sensibilidade suficiente para saber que tipo de linguagem empregar, não podendo induzir a tomada da decisão, nem prometer vantagens econômicas.

- V. *Termo de consentimento*: o termo de consentimento informado é a materialização de todo o processo de informação, é o ato derradeiro e não se confunde com o contrato de prestação de serviços biomédicos. O termo em uma visão mais simplista é mera autorização esclarecida e consciente para a realização do procedimento investigativo, diagnóstico, terapêutico ou de levantamento e coleta de dados.

No termo deverá constar assinatura do médico ou do responsável pela equipe médica ou pelas informações; assinatura do paciente ou de seu representante legal; descrições claras e precisas sobre procedimentos e profissionais envolvidos, duração, forma, meio, etapas, métodos e técnicas utilizados na conduta médica.

Sobre o objeto sobre o qual se consente, destaca Carlos María Romeo Casabona (2004, p. 159) que “a manifestação do consentimento deve se referir necessariamente à classe do ato médico (de diagnóstico ou tratamento) e os limites ou extensão deste. A princípio, o consentimento se estende unicamente ao realtado na informação proporcionada pelo facultativo”. Portanto, importante descrever na riqueza de detalhes possível o conteúdo da informação prestada ao paciente e sobre que atos

---

<sup>29</sup> O consentimento informado deverá ser renovado toda vez que houver alguma alteração substancial no procedimento ou no estado de saúde do paciente.

está realmente ele consentindo.

Os elementos do consentimento esclarecido são na verdade pressupostos éticos e jurídicos que informam a relação médico-paciente. Por isso, no termo de consentimento deverão constar obrigatoriamente os benefícios e riscos (possibilidades de sucesso ou insucesso) do procedimento em linguagem clara e objetiva de fácil compreensão pela pessoa que irá consentir.

O termo é documento que descreve expressamente exatamente tudo o que foi passado ao paciente ou seu responsável e as probabilidades positivas e negativas do procedimento médico. É garantia dada ao paciente de que foi corretamente orientado e do médico de que explicou adequadamente toda a prática, o que não os exime das responsabilidades que possam advir de um insucesso<sup>30</sup> ou de vazamento de informações particulares. Neste sentido, afirma Zamprongna Matielo (1998, p. 108) “é que o consentimento tem seus efeitos limitados à atuação dentro dos padrões normalmente vigentes na Medicina, em nada influenciando sobre o dever de recompor os males por ventura provocados por imprudência, negligência ou imperícia. Continuam intactas todas as obrigações contratualmente assumidas[...]”, mesmo se existente cláusula de exoneração ou de limitação da responsabilidade.

Os elementos aqui descritos são parâmetros a serem observados na produção da informação ao paciente e não

---

<sup>30</sup> Vide arts. 186 e 187, arts. 927 a 953, todos do CC/02.

Art. 186, CC. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187, CC. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Art. 927, CC. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

excluem outros elementos subsidiários que se fizerem necessários em cada caso particular, conforme o melhor entendimento do facultativo.

## 2.2. CAPACIDADE PARA CONSENTIR

O Código Civil Brasileiro/2002 é claro ao definir quem tem capacidade para consentir e quem não a tem e já em seu art. 1º determina que *toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil*.

Assim, são absolutamente incapazes para consentir, nos termos do art. 3º, do CC, são: os menores de 16 anos; os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Já o art. 4º, do CC, trata das pessoas relativamente incapazes para consentir, são elas: os maiores de 16 anos e menores de 18 anos; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência metal, tenham discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos.

Portanto, para que o consentimento seja considerado válido é preciso além da capacidade jurídica, a aptidão para compreendê-lo e para consentir quanto ao seu conteúdo e quanto ao procedimento médico ser adotado, independente de ser este educativo, preventivo, diagnóstico ou terapêutico.

Os absolutamente incapazes no ato do consentimento deverão ser representados por quem de direito, sendo dessa pessoa a responsabilidade e o direito de autorizar ou não o ato médico. Já os relativamente incapazes deverão ser assistidos por um representante legal no ato do consentimento que deverá orientá-lo, aconselhando-se, nesses casos, que o médico procure fazer com que a decisão tomada seja representativa da

convergência de opiniões, de desejos e de expectativas do assistido e de seu assistente.

Além da capacidade para consentir, para ser válido é preciso que o consentimento não seja utilizado em práticas ilícitas, não seja eivado de vícios como erro (art. 138 a 144, CC/02), dolo (art. 145 a 150, CC/02), coação (art. 151 a 155, CC/02), simulação (art. 167, CC/02). Deve possuir objeto lícito, possível e determinado, livre de qualquer pressão interna (causada por distúrbios psicológicos) ou externa (causada por médicos ou familiares) cujo objetivo maior deve ser a recuperação da saúde ou melhora na qualidade de vida.

### 3. NECESSIDADE JURÍDICA DO CONSENTIMENTO E SEUS REFLEXOS JURÍDICOS

Embora não haja no Brasil legislação específica que regulamente o tema consentimento esclarecido na prática da Medicina, princípios gerais do Direito, princípios constitucionais e legislação de defesa do consumidor podem ser consideradas suficientes para obrigar as partes contratantes desses serviços a se submeterem aos seus ditames mais elementares, como por exemplo, aos princípios da dignidade da pessoa humana, da boa-fé, da segurança, do dever de informação, da transparência e da intimidade.

Os contratantes da Medicina não podem se furtar à aplicação da lei simplesmente sob a alegação de que não há lei específica regulamentando o assunto. O ordenamento jurídico brasileiro possui normas gerais suficientes para tutelar a maioria dessas situações que já constituem um fato social relevante. É evidente que as lacunas jurídicas precisarão ser preenchidas por uma regulamentação mais específica, pois diversos são os procedimentos médicos, variando em grau de complexidade e objetivos que precisam da tutela jurídica.

Nesse sentido, ensina José Gomes Canotilho (p. 24-25),

que a regulática (valorização das demais fontes do Direito além do ordenamento jurídico) pode fornecer soluções flexíveis à aplicação do Direito a casos concretos, como os resultantes da prática da Medicina,

O estudo das fontes do direito no âmbito do direito constitucional está tradicionalmente vinculado a uma visão estatocêntrica da criação do direito. O monopólio de normação jurídica pertenceria ao Estado ou, pelo menos, a entidades públicas dotadas de prerrogativas normatizadoras. No entanto, de vários quadrantes – desde algumas correntes de Filosofia do Direito e metodologias jurídicas até as teorias ordenamentais do pluralismo jurídico, passando pelas correntes da Sociologia crítica e da Antropologia jurídica – se insiste na inadequação e até irrealismo de uma tal visão. Nos tempos recentes, tem-se acentuado uma nova perspectiva designada regulática. O ponto de partida da regulática é, tendencialmente este: as mudanças estruturais das sociedades tornam clara a necessidade de o Direito não ser considerado como regulador heterônomo das relações sociais mas como instrumento de trabalho para a autorregulação das relações sociais. Conseqüentemente, o problema das fontes de Direito deve ter em consideração não apenas as questões ligadas às regulações legais, mas também as normações jurídicas de qualquer gênero, como por exemplo, contratos, sentenças, normas privadas das empresas e associações e até o ‘direito achado na rua’. Numa palavra: tem que tomar em conta o processo juris-sociológico de produção do Direito. Além disso, uma compreensão moderna (rectius: pós-moderna) das fontes de Direito deve também responder às

mudanças das estruturas sociais num sentido individualizante, e por isso, causadoras de modelos de regulação flexíveis.

Dessa forma, independente da espécie do procedimento biomédico a ser praticado ou da existência ou não de previsão legal a respeito, o consentimento esclarecido será sempre ética e juridicamente necessário, pois se trata de princípio legitimador da prática médica e garantidor de direitos fundamentais dos pacientes.

Fritjof Capra, citado por Júlio César de Sá da Rocha (2010, p. 43) afirma que “a saúde é uma busca contínua pelo equilíbrio entre influências ambientais, modo de vida e os vários componentes”. As conquistas da Biomedicina fizeram essa busca tornar-se ainda mais persistente, criando um fenômeno de disposição da saúde e da integridade física vedado pelo ordenamento jurídico constitucional no qual pacientes simplesmente dão carta branca a seus médicos para utilizarem todos os meios de que tenham conhecimento e disponibilidade para se chegar à almejada recuperação da saúde.

Com o advento do Estado Social e a limitação da autonomia privada constatou-se que a saúde não poderia continuar sendo tutelada por essa ótica eminentemente individualista e consensualista. As Constituições sociais como a brasileira de 1988 visam tutelar a igualdade e a dignidade de todos os cidadãos, por meio de uma atuação intervencionista capaz de garantir o equilíbrio formal e material nas relações privadas. A pessoa ganhou o *status* de centro do ordenamento jurídico, o que fez com que se levasse em consideração além da manifestação da vontade na formação e execução dos contratos, os seus reflexos na sociedade em que seus efeitos serão produzidos, o que, por si só, justifica a importância jurídica do consentimento esclarecido no desenvolvimento e na prática médica.

Esse processo de elevação do indivíduo como centro do ordenamento jurídico leva à conclusão de que toda a intervenção sobre o corpo da pessoa que consente na prática da Medicina será lícita enquanto respeitados os limites da liberdade e da dignidade da pessoa humana e os deveres constitucionais de salvaguarda da vida, integridade física e psíquica e saúde. Ultrapassados esses limites, mesmo havendo o consentimento esclarecido o ato médico será considerado ilícito, uma verdadeira afronta aos ditames constitucionais.

A necessidade jurídica do consentimento informado fundamenta-se na necessidade de tutela jurídica do paciente, como elemento de equilíbrio econômico e social. A prática de atos médicos tem implicações sociais cuja manutenção da ordem jurídica e social depende de uma firme intervenção do Estado como garantidor de direitos básicos e, principalmente, como fiscalizador das práticas contratadas.

O consentimento é a expressão máxima do direito constitucional à liberdade e autodeterminação e, conforme ensina Mantovani (2002, p. 162), é princípio que se coloca no âmago da licitude da biomedicina porque:

- a) expressa uma escolha ideológica de fundo quanto ao modo de conceber a relação paciente/médico/estrutura hospitalar, baseada mais nos direitos do paciente que nos deveres paternalistas do médico;
- b) vem ressaltar, frente às temíveis mentalidades científicas, que tendem a arrogar sobre o paciente poderes que nunca ninguém lhe concedeu, que os poderes e deveres do médico encontram sua legitimação e primeiro fundamento no consentimento do sujeito.

Portanto, admite-se que o consentimento informado *pode* ser dispensado apenas e tão somente nos casos que envolvem

urgência ou emergência<sup>31</sup>, devido à gravidade da situação e rapidez com que se tem que providenciar o atendimento médico, mas a exceção não desobriga o médico do dever de informação (à família ou ao próprio paciente) assim que a situação for controlada, sendo a dispensa nos demais casos considerada completamente ilícita e abusiva.

Ao consentimento então, impõem-se o dever de veracidade que embora não tenha um núcleo muito bem definido e constantemente seja banalizado ou relativizado subjetivamente pelos diversos códigos de ética médica, não deve ter por foco de discussão se os médicos devem ou não contar a verdade ao paciente; mas sim, devem observar que a veracidade *“in the health care setting refers to comprehensive, accurate, and objective transmission of information, as well as to the way the professional fosters the patient’s or subject’s understanding”*<sup>32</sup> (Tom L. Beauchamp e James F. Childress, 2009, p. 289). Deve-se, então, garantir que o paciente exerça objetivamente o direito à informação, não cabendo ao médico, do seu ponto de vista subjetivo, escolher o que pode ou não contar ao paciente. Por óbvio, é dever jurídico cujo cumprimento exige cuidados especiais. Precauções que não podem ser pensadas como um poder arbitrário do médico, mas sim, percebidas como um direito do paciente a ser informado.

Também informador do consentimento é o direito fundamental à privacidade. Direito que se refere às projeções da pessoa na sociedade e sobre si mesma, sendo muito mais do que mero direito subjetivo. A privacidade confere à pessoa

---

<sup>31</sup> Conforme a Resolução nº 1.451/95, do CFM, urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco eminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

<sup>32</sup> Tradução Livre: “a veracidade no âmbito do cuidado à saúde refere-se à transmissão completa, precisa e objetiva de informações bem como à forma como o profissional promove a compreensão do paciente ou sujeito”.



condições de realização da liberdade de escolhas existenciais, de desenvolvimento da própria personalidade. Afirma Danilo Doneda (2006, p. 142-146) que,

A privacidade assume, portanto, posição de destaque na proteção da pessoa humana, não somente tomada como escudo contra o exterior – na lógica da exclusão – mas como elemento positivo, indutor da cidadania, da própria atividade política em sentido amplo e dos direitos de liberdade de uma forma geral. [...]. A privacidade assume, então, um caráter relacional, que deve determinar o nível de relação da própria personalidade com as outras pessoas e com o mundo exterior – pela qual a pessoa determina sua inserção e de exposição. Este processo tem como resultado o fortalecimento de uma esfera privada do indivíduo – esfera que não é a de Hubman [sic], mas sim, na qual seja possível a construção da individualidade e o livre desenvolvimento da personalidade sem a pressão indevida de mecanismos de controle social.

Assim, atualmente, deve-se ter por privacidade o direito a manter o controle sobre as próprias informações (em especial aquelas inseridas em bancos de dados considerados sensíveis), tendo por finalidade a construção da esfera privada na concretização do livre desenvolvimento da personalidade. Não há dúvidas de que os dados médicos “*relacionam-se com aspectos íntimos da pessoa, tomada como ente individual – pela proteção de seus valores íntimos – e como ente coletivo – em razão da projeção social de tais valores*”<sup>33</sup>, o que torna a privacidade um importante direito informador da relação médico-paciente, podendo nessa ser identificadas quatro grandes e amplas categorias de privacidade:

---

<sup>33</sup> Carlos Alberto G. FERREIRA, 2008, p. 228.

[...] informational privacy, *which biomedical ethics often emphasizes*; physical privacy, *which focuses on persons and their personal spaces*; decisional privacy, *which concerns personal choices*; and *proprietary privacy, which highlights property interests in the human person.*<sup>34</sup> (Tom L. BEAUCHAMP e James F. CHILDRESS, 2009, p. 303)

Dessa forma, não cabe, ao médico, julgar o que é íntimo ou não, o que pode ou não ser revelado. Essa decisão, via de regra, pertence ao próprio enfermo, que apenas não poderá defender a indisponibilidade de sua intimidade face a situações que caracterizem justa causa (como, por exemplo, o controle epidemiológico). Assim como há um novo direito à privacidade na Sociedade de Informação, há um novo direito ao sigilo dos dados médicos.

Além do dever de veracidade e do direito à privacidade, impõe-se ao consentimento a confidencialidade que decorre de uma exigência social e ética que informará não só a relação entre confidentes, mas também, face a terceiros que deverão, via de regra, respeitar o segredo<sup>35</sup>. Trata-se, ainda, de um direito do paciente em controlar o acesso à sua informação pessoal o que lhe confere nítida natureza pública, qual seja, preservar o direito à saúde e impedir que dados médicos sejam utilizados como forma de exclusão social. Fundamenta-se a confidencialidade nos seguintes raciocínios que lhe dão sustentação: o consensualismo (fundamento utilitarista); os

---

<sup>34</sup> Tradução livre: “[...] privacidade informacional, que muitas vezes enfatiza a ética biomédica; privacidade física, que incide sobre as pessoas e seus espaços pessoais; privacidade de decisão, que diz respeito às escolhas pessoais; propriedade privada, que destaca os interesses de propriedade da pessoa humana.”

<sup>35</sup> Alguns autores trabalham com os graus de confidencialidade de acordo com o tipo de informação prestada: sigiloso, estritamente confidencial, etc. Certo é que uma informação médica é, em regra sigilosa, sendo a divulgação dos dados clínicos aceita apenas excepcionalmente (autorização do paciente; determinação legal ou judicial ou até mesmo razões sociais), como se visto adiante.

direitos à autonomia; à intimidade e a fidelidade; a harmonia social. Afirma Pilar Nicolás Jiménez (2006, p. 146) que

*Su base constitucional es el reconocimiento del derecho a la intimidad, y su fundamento es la posibilidad de acceso a la vida privada de otro, necesaria para llevar a cabo una relación satisfactoria entre el profesional y su cliente o paciente, que trae como consecuencia una limitación en la preservación de la intimidad, o el derecho del cliente o paciente a controlar su información personal. La confidencialidad por tanto tiene un valor instrumental, no es un fin en sí misma y, como instrumento, debe ser valorada en función del fin que persigue, y sus límites se configurarán en función de que los intereses protegidos sean legítimos<sup>36</sup>. [sem grifo no original]*

Assim, do ponto de vista utilitarista o princípio da confidencialidade está intimamente ligado à autonomia do paciente e à clássica e estanque distinção entre esfera pública e esfera privada. Daí se entender que a confidencialidade, como foi concebida (imaginada), é anacrônica<sup>37</sup>, ou seja, na atual sociedade representa mais uma conveniente ficção frequentemente não observada pelos profissionais da área de

---

<sup>36</sup> Tradução livre: “sua base constitucional é o reconhecimento do direito à intimidade, e seu fundamento é a possibilidade de acesso à vida privado do outro, necessária para levar a cabo uma relação satisfatória entre o profissional e seu cliente ou paciente, que traz como consequência uma limitação na preservação da intimidade, o direito do cliente ou paciente a controlar sua informação pessoal. A confidencialidade, por tanto, tem um valor instrumental, não é um fim em si mesma e, como instrumento, deve ser valorada em função do fim que persegue, e seus limites se configurarão em função de interesses legitimamente protegidos. [grifo nosso]”

<sup>37</sup> Mark Siegler (2008, p. 597), em 1982, já afirmava ser um conceito decrépito porque o que médico e paciente entendem ser por confidencialidade já não existe mais, justamente em face do número de profissionais que têm contato com os documentos clínicos de um paciente, enquanto internado em instituição hospitalar.

saúde e pelos próprios pacientes<sup>38</sup> e que, aparentemente, não causou o alegado colapso da profissão conforme prenunciado por aqueles que defendem o segredo médico como uma necessidade absoluta. No entanto, não há dúvidas de que se trata de importante direito-dever que deve ser observado em todas as relações médicas.

Impõe-se, ainda o dever de fidelidade, ou seja, que o médico, reconhecendo a autonomia do paciente, aja da maneira mais transparente possível na busca da recuperação do enfermo. Também é dever que se impõe ao paciente que deve prestar todas as informações referentes ao seu estado geral, conforme lhe perguntar o facultativo. A fidelidade exige um agir de maneira transparente, princípio que decorre da boa-fé objetiva, impondo que haja clareza qualitativa e quantitativa da informação prestada, garantindo-se, dessa forma, uma aproximação honesta entre médico e paciente que, por consequência, realizarão uma relação marcada indelevelmente pela cooperação mútua.

O médico responde à confiança nele depositada colocando seus conhecimentos a serviço do paciente, protegendo sua integridade física e psíquica e zelando pela sua intimidade e de seus dados clínicos, respeitando a sua autonomia. O paciente responde à lealdade do médico revelando-lhe o que for necessário ao seu diagnóstico e tratamento, cumprindo as determinações terapêuticas e, até

---

<sup>38</sup> Nesse sentido, afirmam Tom L. Beauchamp e James F. Childress (2009, p. 303) que “[...] *some commentators ridicule these confidentiality rules as little more than a convenient fiction, publicly acknowledged by health care professionals and their professional organizations, but widely ignored and violated in practice. We agree that, unless there is a medical culture that values the protection of health information, the rules are merely ceremonial.*” Tradução livre: “alguns ridicularizam estas regras de confidencialidade tratando-as mais como uma conveniente ficção publicamente defendida por profissionais da área de saúde e suas associações profissionais, mas amplamente ignoradas e violadas na prática. Concordamos que, a menos que haja uma cultura médica que valoriza a proteção de informações de saúde, as regras são meramente cerimoniais.”

mesmo, lutando por sua cura. Portanto, não há dúvida que a fidelidade, a transparência e a confiança são princípios basilares que orientam a relação médico-paciente e a coleta de dados clínicos, visando simplificar<sup>39</sup> as condutas impondo, com isso, um relacionamento mais humanizado e o reconhecimento da especial condição do enfermo.

Assim, veracidade, privacidade, confidencialidade, fidelidade, transparência e confiança, não são apenas referências éticas genéricas, ou direitos-deveres impostos em relações de consumo, mas são sim cláusulas gerais que vão além de meros ideais de comportamento, exercendo papel jurídico harmonizador da relação médico-paciente, qualquer que seja a sua origem.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A NOVA CONCEPÇÃO DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

A relação médico-paciente se exerce sobre um objeto especialmente tutelado pelo Direito: o corpo humano e, justamente por isso, exige que entre os sujeitos desse vínculo se desenvolva um relacionamento embasado na fidelidade, transparência e confiança. Ensina Elio Sgreccia (2002, p. 196) que

Aparece assim, cada vez mais nítido, o eixo da problemática ética na medicina: a relação médico-paciente entendida na fidelidade subordinada do médico aos valores absolutos da pessoa humana, fidelidade essa no sentido de uma

---

<sup>39</sup> Ricardo Luis Lorenzetti (2000, p. 12) afirma que “a conduta individual tende a ser simplificada, reduzindo-se os custos e o esgotamento psicológico que significaria pretender entender cada um dos sistemas com os quais o indivíduo interage. Um ser racionalmente orientado não poderia viver, porque deveria solicitar informações sobre cada sistema, conhecê-lo, para daí sim agir.” Dessa forma, impondo-se o dever de transparência e de confiança pretende-se simplificar relações (que são naturalmente complexas), uma vez que a informação passa a ser um dever a todos imposto.

valorização e reavaliação constante dessa relação. Isto é o que comporta uma impositação personalista da medicina.

A relação facultativo-enfermo exige para a consecução dos seus fins o respeito à dignidade da pessoa humana, uma via, obviamente de duas mãos. O médico não pode ser paternalista ao ponto de desconsiderar totalmente a vontade do paciente expondo a sua integridade física e psíquica a decisões autoritárias e subjetivas; bem como, o enfermo não pode exigir que o facultativo realize atos que contrariem sua formação ética<sup>40</sup> ou a lei, ou ainda, que estejam além de suas habilidades e conhecimentos profissionais.

Nesse contexto, o consentimento esclarecido para além de um valor humanitário (cujo fundamento está no personalismo) é exigência jurídica imposta a toda a relação médico-paciente a partir do abandono da cultura médica paternalista, reconhecimento da autonomia (do enfermo e do titular dos dados clínicos)<sup>41</sup> e do redimensionamento do direito à informação. Consentimento significa “*approval or*

---

<sup>40</sup> Nesse sentido, determina o Código de Ética Médica: *Capítulo I – item VII*. O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

*Capítulo II – item IX, do Código de Ética Médica*. É direito do médico: recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

<sup>41</sup> Afirma Julio Cesar Galán Cortes (2001, p. 46) que “[...] *el modelo de autonomía se origina en el imperativo moral de procurar los mejores intereses del paciente. [...] en tal forma que no predomina inexorablemente el criterio objetivo de la ciencia médica, sino que resulta primordial la escala de valores de cada individuo, que resulta coincidente o divergente de la que en cada caso determinaría la ciencia médica.*” Tradução livre: “[...] *o modelo de autonomia se origina no imperativo moral de procurar os melhores interesses do paciente. [...] de tal forma que não predomina inexoravelmente o critério objetivo da ciência médica, mas é vital que a escala de valores de cada indivíduo resulte coincidente ou divergente da que em cada caso determinaria a ciência médica.*”

*agreement with the actions or opinions of another*”<sup>42</sup> e na Medicina impõe que o médico atue no (e conforme o) interesse do paciente, independente da complexidade da situação enfrentada.

O consentimento esclarecido (oral ou escrito) consiste, então, no reconhecimento da autonomia do paciente em se submeter ou não a técnicas médicas (de pesquisa, prevenção, diagnóstico e tratamento); no direito de decidir sobre fornecer ou não seus dados pessoais e/ou clínicos, respeitando-se crenças e valores morais. Trata-se de decisão que deve ser livre, voluntária, refletida, não-induzida, tomada após um processo informativo, dialógico<sup>43</sup> e deliberativo sobre os procedimentos médicos a serem adotados ou sobre a destinação a ser dada aos dados coletados, nos termos devidamente e previamente informados e esclarecidos. É, por isso, apresentado de duas formas na Medicina:

*In the first sense, informed consent is analyzable through the account of autonomous choice [...]: an informed consent is an individual's autonomous authorization of a medical intervention or of participation in research. In this first sense, a person must do more than express agreement or comply with a proposal. He or she*

---

<sup>42</sup> Robert M. VEATCH, 2008, p. 636. Tradução livre: “aprovação ou concordância com ações ou opiniões de outros.”

<sup>43</sup> Porque o médico “[...] não pode assumir sozinho a responsabilidade de uma intervenção, mas deve comparti-la com o paciente, orientando-o sobre as possibilidades e riscos que envolvem o tratamento e interrogando-o sobre sua vontade de suportar os ditos riscos, e, portanto, sobre a intervenção. [...]. Consequentemente, em primeiro lugar, não se trata de uma imposição a mais do ordenamento jurídico ou de uma seqüela dessa recente impregnação ‘bioética’ de todo médico, como se pretendesse sobrecarregar a lista de obrigações em geral já muito complexa que os médicos têm que satisfazer. Ao contrário, trata-se de uma espécie de contrapartida ao paciente, um dos pressupostos para o exercício de sua própria autonomia em um âmbito de sua vida pessoal que, em muitas ocasiões, pode chegar a ser de extraordinária transcendência para ele e seu entorno” (Carlos María Romeo CASABONA, 2004, p. 130-131).

*must authorize something through an act of informed and voluntary consent. [...]. In the second sense, informed consent is analyzable in terms of social rules of consent that maintain that one must obtain legally or institutionally valid consent from patients or subjects before proceeding with diagnostic, therapeutic, or research procedures. Informed consents are not necessarily autonomous acts under these rules and sometimes are not even meaningful authorizations.*<sup>44</sup> (Tom BEAUCHAMP; James CHILDRESS, 2009, p. 119).

O enfermo (ou pesquisado), por sua própria condição encontra-se em uma situação de vulnerabilidade especial<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Tradução livre: “no primeiro sentido, o consentimento informado é analisável por meio da escolha autônoma [...]: um consentimento informado é a autorização autônoma de um indivíduo para intervenção médica ou participação em pesquisa. Neste primeiro sentido, uma pessoa deve fazer mais do que o acordo expresso ou cumprir com uma proposta. Ele ou ela deve autorizar algo por meio um ato de consentimento informado e voluntário. [...]. No segundo sentido, o consentimento informado é analisável em termos de regras sociais de consentimento que defendem que se deve obter uma autorização legal ou institucionalmente válida de pacientes ou de indivíduos antes de prosseguir com diagnóstico, terapêutica, ou procedimentos de investigação. Consentimentos informados não são necessariamente atos autônomos sob estas regras e às vezes nem sequer são autorizações significativas”.

<sup>45</sup> O que, obviamente, não é por si só suficiente para lhe retirar a capacidade para consentir. Jussara Maria Leal de Meirelles (2002, p. 352-353) destaca que na relação médico-paciente, além da capacidade jurídica é preciso saber identificar a capacidade natural do paciente ou de seu representante legal. Afirma a autora que “partindo-se de uma definição abrangente, é possível afirmar que doente é a pessoa que ou perdeu, ou teve reduzida ou modificada sua capacidade de interagir com o meio (outros seres ou coisas em que vive). As limitações a que se submete o doente (determinadas pela própria doença ou mesmo pelo tratamento respectivo) podem subverter-lhe o consentimento, que não é mais livre: está comprometido pela dor, pelo desconhecimento, pela incerteza.[...]. Mas, o doente é capaz de consentir, a menos que lhe seja retirada tal capacidade mediante processo judicial. [...]. Por isso mesmo, a exemplo da lei italiana, admite-se no Brasil, ainda que doutrinariamente, a existência de uma incapacidade natural, que consiste na incapacidade de entender e de querer, que não está judicialmente declarada. Diz-se, portanto, que a capacidade natural pode faltar sem haver incapacidade legal, por não estar o incapaz interditado. [...]. Em termos mais simplificados, ou a doença é causa direta da ausência ou limitação do entender ou do querer e/ou da manifestação volitiva, ou o doente é tido



diante do facultativo (ou pesquisador), pois “*diante do médico que possui conhecimento técnico, julgamento, estatuto profissional e, portanto, autoridade, o paciente desempenha apenas um papel de dependência*”<sup>46</sup>. É justamente para evitar que o paciente seja tido como um mero brinquedo na mão dos médicos, ou que seus dados clínicos sejam livremente dissociados e acessados por terceiros, pesquisadores e/ou empresas farmacêuticas e para exigir o respeito à sua dignidade é que se impõe juridicamente, a partir da segunda metade do século XX, a obtenção do consentimento esclarecido (que deve estar em perfeito equilíbrio com os princípios da beneficência e não-maleficência), autorização que comporta três categorias de informações<sup>47</sup> que, embora semelhantes em seus conteúdos, diferem quanto aos seus objetivos: a) a informação como objeto de consulta ou finalidade do ato médico; b) a informação como parte do tratamento (informação terapêutica); c) a informação como pressuposto do consentimento. Explica Carlos María Romeo Casabona (2004, p. 143-146) que a informação como objeto ou finalidade do ato médico ocorre naqueles “[...] casos em que a informação é o objetivo direto ou imediato, buscado pelo paciente ou consultor. Costuma se produzir quando a informação é necessária para o consultante – não necessariamente enfermo – a fim de poder adotar decisões privadas ou legais, não necessariamente dirigidas a um tratamento [...] [como é o caso dos checkups periódicos]”; já a informação terapêutica é aquela que “[...] deve subministrar o médico ao paciente para conhecer sua situação e a evolução de sua enfermidade [...]; a informação supõe aqui um meio de colaboração ativa do paciente em relação ao processo de sua enfermidade e com seu tratamento [...], trata-se aqui de

---

como capaz de consentir.”

<sup>46</sup> Guy DURAND, 2003, p. 174.

<sup>47</sup> Note-se que a informação não deve ser considerada como uma transferência de responsabilidades para o paciente, mas sim, como parte de todo um processo de respeito ao paciente.

informação indispensável ao exercício da atividade terapêutica”; por fim, a informação como pressuposto ou requisito prévio do consentimento que é aquela “[...] necessária para que o paciente possa prestar o seu consentimento a qualquer intervenção (seja diagnóstica, preventiva ou curativa) ou tratamento”. Pode-se, a essa classificação, ainda acrescentar a informação sobre a necessidade de coleta, armazenamento e tratamento de dados clínicos. Nesses casos, a destinação a ser dada a esses dados deve ficar clara para que o paciente ou pesquisado possa realmente realizar uma escolha livre sobre a autorização a ser oferecida.

Além da informação o consentimento esclarecido engloba três capacidades: a de compreensão, a de deliberação e a de expressão da própria escolha, por isso, exige que haja efetivamente diálogo entre os sujeitos envolvidos nas práticas médicas que possibilite a adequada compreensão de tudo que lhe é informado<sup>48</sup>. A Medicina atua sobre um objeto especialmente protegido: o corpo humano (em sua integralidade biopsicossocial) e, por isso, o consentimento esclarecido não deve ser tratado como mera formalidade ou faculdade do médico; como também não pode ser apresentado como condição primordial para a proteção da pessoa humana

---

<sup>48</sup> Não parece útil ao presente trabalho a classificação (utilizada por alguns autores) do consentimento em tolerante, autorizante e vinculante, por se tratar de uma falsa tricotomia. Ensina Pedro Pais de Vasconcelos (2006, p. 154) que “o ‘consentimento tolerante’ não passa da simples tolerância do lesado em relação à lesão que, [...], pode tornar lícita a conduta, consoante a natureza da lesão e a sua contrariedade à lei ou aos bons costumes. Trata-se de um regime geral, que não tem especialidade na matéria do direito da personalidade. [...]. O ‘consentimento autorizante’ seria constitutivo e sujeitaria o titular a um poder de lesão por parte do autorizado. Este consentimento seria livremente revogável [...]. O ‘consentimento vinculante’ corresponderia à assunção negocial de um compromisso que implicaria ‘a disposição normal e corrente de direitos de personalidade que não se traduzam numa limitação ao exercício desses direitos [...]’. O primeiro termo da classificação corresponde ao gênero, ao regime geral da relevância do consentimento na lesão; o segundo à espécie, ao regime especial do consentimento na lesão da personalidade; o terceiro regressa ao gênero, ao regime geral do contrato”, por isso, a falsa tricotomia.

uma vez que essa já é um valor em si mesma. Da mesma forma, o consentimento não pode ser conjugado ao utilitarismo que, sob o amplo e sedutor argumento de suposta defesa do bem comum, pretende agora torná-lo abrangente o suficiente para dispensar a sua renovação continuada, em especial, quando analisada a questão dos bancos de dados clínicos e genéticos.

O consentimento deve ser tido como uma imposição ética e jurídica de diálogo participativo entre os sujeitos de uma relação médica que orientará a tomada de decisões, fortalecendo a autodeterminação do doente (ou pesquisado) e os vínculos de confiança.

No entanto, destacam Tom Beauchamp e James Childress (2009, p. 99-140) que não é porque as ações jamais são completamente esclarecidas, voluntárias, autônomas que elas não são adequadamente informadas e livres. Considerando-se, portanto, que consentimento perfeitamente autônomo não existe, o que se impõe é a necessidade de informar e de esclarecer e a indispensabilidade do médico dialogar com seu paciente de maneira que lhe permita tomar conscientemente a decisão que considerar mais adequada.

Então, na nova visão da relação médico-paciente deve-se ter em conta que a privação de informação ao enfermo ou a quem o representa retira-lhe a capacidade reflexiva sobre a sua própria condição, subtrai-lhe o poder de autodeterminação, deixando-o ainda mais vulnerável a manipulações e, até mesmo, ao mercado; diminuiu-lhe, significativamente a capacidade de discernimento e julgamento, inserindo-o num círculo de apatia e conformismo que lhe deixa à mercê das decisões familiares, médicas e, quiçá, mercadológicas. Deve-se, sim, a partir de uma interação comunicativa e afetiva considerar a melhor forma de dizer a verdade ao paciente, nos limites por ele mesmo expressamente delimitados, buscando-se, com isso, garantir um consentimento plenamente eficaz.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, J.F.P. Palavra, palabrería y verdad en el discurso del médico. *Revista de Retórica y Teoría de la Comunicación*, Espanha, ano 1, n. 2, jul. 2001. [s.p.].
- BAÚ, M.K. *Capacidade jurídica e consentimento informado*. Disponível no site <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v8/simpo6.pdf>>. Acesso em mar. 2012.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of bioethics*. 6ª ed. Londres, Reino Unido: Oxford University Press, 2009.
- CANOTILHO, J.J.G. *Direito constitucional e teoria da constituição*. Portugal: Almedina, 1998.
- CASABONA, C.M.R. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In: \_\_\_\_\_; QUEIROZ, J.F. (Coords.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. p. 128-172.
- CLOTET, J. *O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade*. Disponível no site <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v3/simposio.htm>>. Acesso em mar. 2010.
- COSTA, S.I.F.; PESSINI, L. Ética e medicina no limiar de um novo tempo: alguns desafios emergentes. In: LIMA FILHO, A.A.; POZZOLI, L. (Orgs.). *Ética no novo milênio: busca do sentido da vida*. São Paulo: LTr, 2004. p. 187-214.

- DONEDA, D. *Da privacidade à proteção de dados pessoais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.
- DURAND, G. *A bioética: natureza, princípios, objetivos*. São Paulo: Paulus, 2003.
- FERREIRA, C.A.G. *Espaço jurídico vazio e a tutela da intimidade*. Curitiba: Juruá, 2008.
- FORTES, C.A.C. *Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido*. Disponível no site <http://200.239.45.3/cfm/espelho/revista/bio2v2/reflexoes.htm>>. Acesso em nov. 2002.
- JIMÉNEZ, P.N. *La protección jurídica de los datos genéticos de carácter personal*. Bilbao-Granada, Espanha: Comares, 2006.
- JONAS, H. *Técnica, medicina y ética*. Sobre la práctica del principio de responsabilidad. Barcelona, Espanha: Paidós, 1997.
- GALÁN CORTES, J.C. *Responsabilidad médica y consentimiento informado*. Madrid, Espanha: Civitas, 2001.
- GIOSTRI, H.T. *Responsabilidade médica – as obrigações de meio e de resultado: avaliação, uso e adequação*. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2004. Pensamento Jurídico, v. V.
- LORENZETTI, R.L. La oferta como apariencia y la aceptación basada en la confianza. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000, n. 35, p. 09-38.
- MANTOVANI, F. Sobre o genoma humano e manipulações genéticas. In: CASABONA, C.M.R. (Org.). *Biotecnologia, direito e bioética*. Belo Horizonte: Del Rey e PUC Minas, 2002. p. 156-165.
- MATIELO, F.Z. *Responsabilidade civil do médico*. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
- MEIRELLES, J.M.L. Consentimento livre, dignidade e saúde pública: o paciente hipossuficiente. In: RAMOS, C.L.S.;

- TEPEDINO, G.; BARBOZA, H.H.; GEDIEL, J.A.P.; FACHIN, L.E.; MORAES, M.C.B. (Orgs.). *Diálogos sobre direito civil: construindo uma racionalidade contemporânea*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. 347-377.
- ROCHA, J.C.S. *Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos*. São Paulo: Atlas, 2010.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996
- RODRIGUEZ, J.A. El poder médico desde la sociología. *REIS – Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Espanha, Centro de Investigaciones Sociológicas, abr.-jun. 1981, n. 14, p. 95-112.
- SGRECCIA, E. *Manual de bioética*. I- Fundamentos e ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- SIEGLER, M. Confidentiality in medicine: a decrepit concept. In: KUHSE, H.; SINGER, P. *Bioethics an anthology*. 2ª. ed. Reino Unido: Blackwell Publishing, 2008. p. 597-600.
- SIQUEIRA, J.E. Tecnologia e Medicina entre encontros e desencontros. *Revista de Bioética*, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2000, v. 8, nº 01, p. 55-61.
- TAVARES, M.S. Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente. *Revista Bioética*, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2008, 16(1), p. 125-131.
- VASCONCELOS, P.P. *Direito de personalidade*. Coimbra, Portugal: Almedina, 2006.
- VEATCH, R.M. Abandoning informed consent. In: KUHSE, H.; SINGER, P. *Bioethics an anthology*. 2ª. ed. Reino Unido: Blackwell Publishing, 2008. p. 636-645.