

CONSENTIMENTO INFORMADO E AUTONOMIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

*Andréa Moraes Borges**

SUMÁRIO: *Introdução; 2 Relação médico-paciente; 3 Conceito de consentimento informado; 4 Autonomia e consentimento informado; 4.1 Autonomia centrada no sujeito; 4.2 Autonomia centrada no ato; 4.3 As três condições do ato autônomo; 4.3.1 Intenção; 4.3.2 Compreensão; 4.3.3 Ausência de influências controladoras; 5 Conclusão; Referências.*

RESUMO: O consentimento informado é um processo de comunicação entre o médico e o paciente. É um processo dinâmico, que durante o período do tratamento pode ser modificado devido a novas circunstâncias que podem surgir. O médico deve informar seus pacientes em uma linguagem simples para que eles possam entender qual é seu problema; qual tratamento é recomendado; se existem opções viáveis de tratamento; os benefícios, riscos, limitações que poderiam ser associadas com estas escolhas de tratamento e as conseqüências do não tratamento. Depois de dar o consentimento informado, o paciente concorda em aceitar o tratamento proposto pelo seu médico. O consentimento informado é um ato de autorização autônoma, assim é importante analisar o conceito de autonomia e sua relação com o consentimento informado. Três condições são necessárias para o agir autônomo: intenção, compreensão e ausência de influências controladoras. Os atos podem ser autônomos por níveis, em função dos diferentes níveis de satisfação das condições de compreensão e da ausência de influências controladoras. A autonomia satisfatória é um objetivo razoável e executável na decisão e participação nas intervenções médicas.

PALAVRAS-CHAVE: Consentimento informado; Autonomia; Relação médico-paciente.

INFORMED CONSENT AND AUTONOMY IN MEDI-

*Bacharel em Direito pelo Centro Universitário Newton Paiva; Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; Mestre em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MINAS; Capitão do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais - PMMG. E-mail: andreamb22@gmail.com

CAL-PATIENT RELATIONSHIP

ABSTRACT: The informed consent is a process of communication between the doctor and the patient. It is a living process that during the period of the treatment may be modified under new circumstances that may occur. The doctor must disclose their patients in a simple language that they may understand what their problem is; what treatment is recommend; whether there are any other viable treatment options; the benefits, risks, limitations that might occur with these treatments choices and the consequences of no treatment. After giving the informed consent, the patient agrees to accept the treatment by his doctor. Informed consents are acts of autonomous authorizing, so it is important to analyze the concept of autonomy and its relationship to informed consent. Three conditions are necessary by autonomous action: intentionally, understanding and without controlling influences. The actions can be autonomous by degrees, as a function of different levels of satisfaction of the conditions of understanding and the lack of controlling influences. Substantial autonomy is a reasonable and achievable goal for decision-making and participation in medical interventions.

KEYWORDS: Informed Consent; Autonomy; Medical-patient Relationship.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTONOMÍA EM LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

RESUMEN: El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre el médico y el paciente. Es dinámico, y a lo largo del tratamiento puede ser modificado debido a nuevas circunstancias que surgen. El médico debe informar a sus pacientes en un lenguaje sencillo para que éstos puedan entender cual es su problema; qué tratamiento es recomendable; si existen opciones viables de tratamiento; los beneficios, riesgos y limitaciones que puedan estar asociadas a estas elecciones de tratamiento y las consecuencias de no seguirlo. Tras el consentimiento informado, el paciente está conforme en aceptar el tratamiento propuesto por su médico. El consentimiento informado es un acto de autorización autónoma, por eso se hace necesario analizar su relación con el concepto de autonomía. Tres condiciones son necesarias para el actuar autónomo: intención, comprensión y ausencia de influencias reguladoras. Los actos pueden ser autónomos por niveles, en función de los distintos niveles de satisfacción de las condiciones de compren-

sión y de la ausencia de influencias reguladoras. La autonomía satisfactoria es un objetivo razonable y viable en la decisión y participación en las intervenciones medicinales.

PALABRAS-CLAVE: Consentimiento Informado; Autonomía; Relación médico-paciente.

INTRODUÇÃO

O presente artigo se propõe a analisar o consentimento informado na relação médico-paciente e o papel da autonomia na comunicação e informação prestada pelo médico ao seu paciente. Pretende-se demonstrar como o consentimento informado na práxis médica faz instaurar o processo de comunicação entre o paciente e o médico em uma relação jurídica delineada pela autonomia.

Há várias denominações que são utilizadas para se referir ao termo consentimento informado, podendo ser também: termo de consentimento esclarecido, termo de responsabilidade, consentimento livre e esclarecido, termo de esclarecimento e consentimento, e etc. No presente trabalho será utilizado a expressão consentimento informado.

Primeiramente, será abordada a evolução histórica da relação médico-paciente, cuja relação era distanciada e paternalista até chegarmos a uma nova relação pautada na autodeterminação do paciente. Em seguida, tratar-se-á dos diversos conceitos de consentimento informado por vários autores. Posteriormente, será analisada a relação da autonomia e do consentimento informado, que pode ser visto como a busca do real exercício da autonomia. Para chegarmos ao modelo teórico contemporâneo atual, que apregoa à autonomia dialógica como sendo o resultado de uma consciência crítica na relação médico-paciente, em que o paciente é tomado como sujeito e não como mero objeto, será necessário analisar as condições para o ato ser autônomo (intenção, compreensão e ausência de influências controladoras).

2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Um breve estudo dos principais marcos históricos, que influenciaram a relação médico-paciente, faz-se necessário para compreendermos a nova relação pautada na autodeterminação do paciente.

Desde a antiguidade até o século XVIII, o médico respondia e decidia sozinho pelo paciente o que fazer, como fazer e quando fazer. A relação médico-paciente

era distanciada e a partir do final do século XIX, o paciente assume um papel ativo nessa relação.¹

Na ética médica clássica derivada da ética hipocrática, o doente era para o médico grego um incapacitado físico, psíquico e moral. O doente devia obedecer ao médico e cumprir suas ordens para restabelecer sua saúde. A informação sobre a doença, o diagnóstico, o prognóstico e o tipo de tratamento do doente não era comunicada pelo médico, tendo em vista a incapacidade do paciente em entender a informação.

O médico grego não aceitava a participação ativa do paciente nas tomadas de decisões sobre a sua saúde e buscava fazer o melhor para seus pacientes com base no princípio moral de beneficência e na prática paternalista. O paciente era apenas o objeto da prestação de serviços médicos e não um sujeito. Esta forma de relação médico-paciente será mantida durante a Idade Média e a partir do Renascimento, o homem descobre que pode ser protagonista do Novo Mundo em construção.²

A entrada do homem como ser inteligente, racional, livre e possuidor de dignidade é retratada na obra “Oratio de Hominis Dignitate” (Discurso sobre a Dignidade Humana) do filósofo Giovanni Pico Della Mirandola, considerado como referência do Primeiro Humanismo.

Pico Della Mirandola retrata o problema da dignidade do homem em função da valorização do homem e do lugar central que este ocupa no universo, destacando como temática a razão, a liberdade humana e o ser. O homem foi colocado no centro do universo e possui o poder de autodeterminar-se, ou seja, o homem como um ser que livremente pode determinar, escolher seu destino e através da capacidade racional, que lhe permitirá tomar consciência da sua dimensão como ser livre. Conforme palavras de Pico Della Mirandola, o homem pode ser o que quer: “Ó suma liberdade de Deus pai, ó suma e admirável felicidade do homem! ao qual é concedido obter o que deseja, ser aquilo que quer.”³

A partir do século XVI até o final do período da Modernidade, o homem passa a ser sujeito para discernir racionalmente quais ações são corretas e adequadas. E a partir do século XVII e XVIII com o movimento de autonomia sociopolítica e com as obras de Thomas Hobbes (1588-1679), John Locke (1632-1704) e Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), reconhece-se a liberdade dos cidadãos. Com a obra de Immanuel Kant (1724-1804), o apogeu é alcançado com o conceito de

¹ RODRIGUES, João Vaz. **O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português** (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente). Coimbra: Coimbra Editora, 2001. p. 15.

² CUMPLIDO, Manuel J. **Consentimiento informado: derecho médico, evolución histórica desde la Antigua Grécia a la actualidad, aspectos jurídicos y legales nacionales e internacionales, teoría del consentimiento informado, información al paciente**. Córdoba: Editorial Mediterránea, 2005. p. 25-30.

³ PICO DELLA MIRANDA, Giovanni. **Discurso sobre a dignidade do homem (1486)**. Tradução de M. L. Sirgado Ganho. Lisboa: Edições 70, 2006. p. 57.

autonomia moral. Na obra “Fundamentação da metafísica dos costumes”, Kant através dos imperativos categóricos, que são leis morais, universais e necessárias, expressa a seguinte fórmula:

Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal. [...] Age como se a máxima de tua ação se devesse tornar, pela tua vontade, em lei universal da natureza.⁴

Com as idéias de Kant, um novo contexto é criado, apresentando o indivíduo como centro da nova forma de organização política e econômica da sociedade, portanto, o imperativo categórico kantiano acata que o ser humano é um fim em si mesmo.

A partir das duas grandes Guerras Mundiais e das atrocidades realizadas pelos nazistas através das experiências em seres humanos, iniciou-se a preocupação na comunidade internacional de obter o consentimento informado para tais experimentos. O Código de Nuremberg (1948) e a Declaração de Helsinque (1964) são documentos que demonstram a preocupação com a ética na pesquisa biomédica.

As relações médicas sofreram influências dessas mudanças sociopolíticas e a partir da evolução dos recursos tecnológicos, dos conhecimentos médicos, da especialização na área médica e com a despersonalização do serviço médico em instituições, acarretaram, conseqüentemente, uma distanciação na relação médico-paciente. E quando começaram os litígios em processos judiciais, questionando a atuação médica, teve início uma nova fase em que o paciente começa a exercer sua autonomia através da autodeterminação em relação ao próprio corpo.⁵

Como explica Ragazzo sobre o desenvolvimento da tecnologia e o distanciamiento ocorrido na relação médico-paciente:

Se pode dizer que a tecnologia acabou substituindo a relação intimista entre médico e paciente. Vendo-se atrelado a uma incontável série de novos procedimentos e possíveis diagnósticos, o médico tende a substituir a conversa mais extensa com o paciente por pedidos de exames, por vezes excessivos diante dos sintomas apresentados, até mesmo para se defender de possíveis demandas judiciais, o que comumente se chama de medicina defensiva.⁶

⁴ KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1997. p. 59.

⁵ RODRIGUES, op. cit., p.16-17.

⁶ RAGAZZO, Carlos Emmanuel Joppert. **O dever de informar dos médicos e o consentimento informado**. Curitiba, PR: Juruá, 2007. p. 45-46.

O autor português, João Vaz Rodrigues, esclarece que “o paciente deve poder permitir ou impedir a intervenção do médico na sua esfera físico-psíquica, e, permitindo-a, deve poder pronunciar-se, na medida do possível, sobre o respectivo sentido e limites.”⁷

Diante deste novo contexto, que refletiu na relação médico-paciente, podemos indagar como poderia o paciente, que não possui conhecimentos técnicos decidir sobre qual tratamento médico seria o melhor para seu problema? E não seria mais fácil pensar, que o médico como possuidor do conhecimento técnico estaria mais habilitado para fazê-lo?

A resposta para esses questionamentos retrata o novo papel do médico na relação médico-paciente, em que o paciente deixa de ser um mero objeto e passa a ser sujeito dessa relação. O médico irá apresentar ao paciente os elementos necessários para a compreensão do seu problema e informações pertinentes para que possa exercer a sua autonomia conscientemente na escolha de seu tratamento. O paciente informado toma a decisão conjuntamente com o profissional.

O médico deve respeitar o paciente, dever este que se desdobra em informar, confirmar o esclarecimento e obter o consentimento informado. O consentimento informado é a manifestação do exercício da autonomia do paciente.

Quando o médico recebe o consentimento informado do paciente, significa que o paciente concordou em aceitá-lo como seu médico para realizar o tratamento proposto, portanto, a relação médico-paciente está estabelecida neste momento.

3 CONCEITO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

É fundamental o conceito de consentir, cujo termo em latim é *consentire* que significa “dar consenso ou aprovação a; permitir; admitir; tolerar; concordar com; aprovar”.⁸

O termo consentimento, etimologicamente (*consentir* + *-mento*) significa “ato de consentir; permissão, licença; anuência, aprovação, acordo; aprovação tácita; tolerância.”⁹

De Plácido e Silva define consentimento na terminologia jurídica como:

a aceção de manifestação da vontade, séria e definitiva, em virtude da qual a pessoa, concordando com os desejos de outrem, vincula-se à obrigação ou obrigações, que servem de

⁷ RODRIGUES, op. cit., p.17.

⁸ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1999. p. 532.

⁹ FERREIRA, op. cit., p. 532.

objeto ao ato jurídico ou ao contrato firmado entre elas. [...] Mas, em sentido geral, o consentimento também expressa o significado de aprovação, conseqüente de estar a pessoa de acordo com o ato que se vai praticar, o qual não surtirá efeitos legais sem a satisfação prévia dessa exigência.¹⁰

Segundo o autor espanhol, Casabona, que define o consentimento como uma categoria jurídica da “materialização da manifestação da vontade e da livre concorrência de vontades entre as partes de uma relação, isto é, da autonomia, própria das relações jurídico-privadas”.¹¹

A Lei 41/2002 espanhola define consentimento informado como a manifestação livre, voluntária e consciente do paciente após receber a informação adequada.

O autor português, João Vaz Rodrigues, adota a definição de consentimento com o sentido de:

comportamento mediante o qual se concede a alguém algo, como seja, uma determinada atuação, no caso do consentimento para o ato médico, uma atuação do agente médico na esfera físico-psíquica do paciente com o sentido de proporcionar saúde em benefício próprio (deste), em benefício alheio ou em benefício geral.¹²

A proteção da esfera físico-psíquica do paciente está tutelada no direito de personalidade através da autonomia, da liberdade e da integridade, assim, o consentimento informado é a manifestação de um direito fundamental. Como esclarece Casabona, o consentimento informado:

pode ser concebido primordialmente como um direito, subjetivo, que entronca com diversos direitos fundamentais e que, enquanto tal, confere legitimidade ao ato médico nas demais e variadas projeções jurídicas que possa apresentar o dito ato (p. ex., civis ou penais).¹³

Para os autores americanos, Tom Beauchamp e Ruth Faden, o termo “consen-

¹⁰ SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**. 17. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense, 2000. p. 205.

¹¹ ROMEO CASABONA, Carlos María. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In: ROMEO CASABONA, Carlos María; QUEIROZ, Juliane Fernandes. **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2004. p. 128.

¹² RODRIGUES, op. cit., p. 24.

¹³ ROMEO CASABONA, op. cit., p. 129.

timento informado é uma autorização autônoma pelo paciente ou sujeito.”¹⁴ O consentimento informado se refere as regras legais que determinam o comportamento do médico e de outros profissionais da saúde em relação a seus pacientes e, segundo a doutrina filosófica, o consentimento se baseia na autonomia, que promove o direito a autodeterminação do paciente em relação ao tratamento médico.¹⁵

João Vaz Rodrigues conceitua o consentimento informado como um processo dialógico entre o médico e o paciente:

Na verdade, o consentimento informado implica mais do que a mera faculdade de o paciente escolher um médico, ou de recusar (dissentir sobre) um tratamento médico indesejado (da manifestação da liberdade como proteção contra invasões na esfera de qualquer pessoa humana), não constitui mero requisito para libertar os médicos do espectro da negligência, nem deve servir simplesmente para persuadir o paciente a aceitar a intervenção proposta. Esta necessária obtenção do consentimento, expresso ou tácito, deverá ser sempre resultante de um processo dialógico de recíprocas informações e esclarecimentos que a relação entre o médico e o paciente incorporam, para que este, numa tomada de posição racional, autorize ou tolere àquele o exercício da arte de prevenir, detectar, curar, ou, pelo menos, atenuar as doenças.¹⁶

O processo dialógico apresenta várias fases independentes como a informação, o esclarecimento, o consentimento, a intervenção, a informação e a convalescença.¹⁷

O consentimento do paciente não deve significar apenas que ele aceitou simplesmente o tratamento, pois a decisão para ser legalmente válida deve considerar a verdadeira compreensão e a voluntariedade do paciente.¹⁸

O consentimento informado representa a essência da autonomia do paciente, por isso, é necessário o estudo da relação entre a autonomia e o consentimento informado.

¹⁴ Tradução nossa: “*Informed consent is an autonomous authorization by a patient or subject.*” BEAUCHAMP, Tom L.; FADEN, Ruth R. **A history and theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986. p. 3.

¹⁵ APPELBAUM, Paul S. et al. **Informed consent: legal theory and clinical practice**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2001. p. 3.

¹⁶ RODRIGUES, op. cit., p. 25-26.

¹⁷ *Ibidem*, p. 28.

¹⁸ APPELBAUM, op. cit., p. 54.

4 AUTONOMIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

É importante esclarecer o conceito de autonomia e justificá-la como sendo o eixo central da doutrina do consentimento informado.

A idéia de autonomia apareceu como uma noção central no campo da filosofia moral e no contexto biomédico, particularmente, da discussão da natureza do consentimento informado e da autonomia do paciente.¹⁹ Como afirma Gerald Dworkin, a autonomia é usada para opor a visão paternalista.²⁰

A idéia central do conceito de autonomia deriva do termo etimológico: autos (próprio) e nomos (regra ou lei). O termo autonomia foi, primeiramente, aplicado nas cidades do estado da Grécia, para expressar o autogoverno das cidades-estado independentes. A cidade tinha autonomia, quando seus cidadãos faziam suas próprias leis como oposição por estarem sob o controle de um poder conquistador.²¹

É necessário analisar, primeiramente, o modelo de autonomia centrada no sujeito e, posteriormente, o modelo teórico contemporâneo que apregoa a autonomia centrada no ato.

4.1 AUTONOMIA CENTRADA NO SUJEITO

O filósofo alemão Immanuel Kant, utiliza o termo autonomia que foi extraído “do pensamento político dos séculos XVII e XVIII, em que ele foi usado em discussões da idéia dos estados como entidades autogovernadas”.²²

Kant em seus trabalhos sobre a filosofia prática averigua a concepção de autonomia ligada à idéia de auto-suficiência, adotando o modelo da liberdade para a autonomia, segundo a filosofia moral. Brunello Stancioli esclarece que:

Kant argumenta, segundo diretrizes da filosofia moral, que a autonomia do ser humano advém de sua liberdade transcendente. A racionalidade retira os homens do domínio da mera causalidade, seja na natureza, seja no convívio social.²³

Bruno Torquato explica que “ao eleger a vontade como foco de suas pesqui-

¹⁹ DWORKIN, Gerald. **The theory and practice of autonomy**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 4-5.

²⁰ *Ibidem*, p. 10.

²¹ *Ibidem*, p. 12-13.

²² SCHNEEWIND, J. B. **A invenção da autonomia: uma história da filosofia moral moderna**. São Leopoldo, RS: Ed. Unisinos, 2001. p. 527.

²³ STANCIOLI, Brunello Souza. **Relação jurídica médico-paciente**. Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2004. p. 28.

sas, Kant serviu para fundamentar a noção de auto-suficiência que o liberalismo atribui à autonomia.²⁴

Várias críticas são feitas em relação ao modelo de autonomia preconizado por Kant. A primeira crítica que se faz é a respeito da escolha de regras morais próprias fundamentadas em uma escolha livre. Não sendo possível este tipo de autonomia, pois o indivíduo está inserido em uma sociedade e em uma história. A segunda crítica é a respeito da correlação entre o modelo de autonomia e auto-suficiência, na qual o indivíduo atua solitário, confia apenas em sua própria experiência e não interage com outras pessoas, portanto, a autonomia deve ser dissociada da auto-suficiência.²⁵

Brunello Stancioli aponta que na relação médico-paciente:

Parece, no entanto, que a auto-suficiência não resolve os problemas no ensejo do consentimento do paciente para intervenções médicas. Dada a complexidade da medicina contemporânea, o doente fica, por vezes, perplexo ante às situações a ele apresentadas. Incapaz de decidir por si mesmo, deve buscar insumos que lhe permitam escolher o que de melhor para si pode ser feito.²⁶

Neste ponto é importante questionar se há uma relação entre a liberdade do indivíduo e sua autonomia ou se seriam duas noções distintas. Por exemplo, se uma pessoa que é Testemunha de Jeová é forçada a fazer uma transfusão sanguínea, estar-se-ia interferindo em sua liberdade, mas também violando sua capacidade de determinar qual o tipo de tratamento médico que lhe seria mais aceitável. Para Gerald Dworkin, a autonomia do paciente é, justamente, a capacidade que os pacientes têm em decidir qual o tratamento que desejariam.²⁷

A autonomia, portanto, não pode ser identificada como liberdade. A liberdade é condição necessária para o indivíduo desenvolver seus próprios objetivos, interesses e torná-los efetivo em sua vida.²⁸

Gerald Dworkin e outros escritores de tradição existencialista analisam a autonomia em termo da autenticidade, para Dworkin a autonomia, entretanto, pode ser compreendida como a capacidade das pessoas em refletir criticamente sobre seus desejos, suas vontades e a capacidade de aceitar ou tentar mudar suas preferências

²⁴ NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Relacionalidade e autonomia privada: o princípio da autonomia privada na pós-modernidade**. 2003. 138fls. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2003. p. 52.

²⁵ STANCIOLI, op. cit., p. 30-31.

²⁶ *Ibidem*, p. 31.

²⁷ DWORKIN, op. cit., p. 14.

²⁸ *Ibidem*, p. 18.

e valores, e exercitando tal capacidade, as pessoas definiriam sua natureza, dariam significado para suas vidas e assumiriam a responsabilidade do tipo de pessoas que são.²⁹

A autonomia do agente tanto no modelo em que a autonomia é analisada do ponto de vista da liberdade e da autenticidade são dependentes do estado político, da soberania popular, da participação do cidadão e outros, portanto, vinculadas ao pano de fundo político.³⁰

Para a construção de um novo modelo de autonomia, deve-se focar no agir autônomo e abandonar o ponto de vista do agente autônomo, que ao longo da história da autonomia seguiu o modelo da liberdade e da autenticidade.

4.2 AUTONOMIA CENTRADA NO ATO

A teoria do ato autônomo foi criada por Beauchamp e Faden para expressar que o objetivo do consentimento informado possibilita que os pacientes façam suas escolhas satisfatoriamente autônomas ao autorizar ou recusar um tratamento ou uma pesquisa na área biomédica.³¹

Consentir e recusar são atos, portanto, o consentimento informado é um ato de autorização autônoma. Um ato autônomo pode ser realizado por um agente autônomo e também por um agente não-autônomo. Um questionamento que se levanta é se um agente autônomo com a capacidade de prestar o consentimento informado, realmente, consentiu através de uma escolha autônoma ao autorizar ou recusar determinado tratamento.³²

Beauchamp e Faden esclarecem que: “a capacidade para agir autonomamente é distinta de agir autonomamente, e a posse da capacidade não é garantia de que uma escolha autônoma foi ou será feita.”³³

Diante do exposto, um agente autônomo pode falhar em agir autonomamente, como por exemplo, quando uma pessoa está doente em uma cama de um hospital, dominado por uma nova informação, manipulado e outras situações; por isso o questionamento deve deslocar-se do agente autônomo para o agir autônomo.³⁴

O modelo teórico contemporâneo apregoa à autonomia dialógica como resultado de uma consciência crítica dialógica na relação médico-paciente, em que o paciente é tomado como sujeito e não como objeto. Segundo Brunello Stancioli,

²⁹ *Ibidem*, p. 20.

³⁰ BEAUCHAMP; FADEN, *op. cit.*, p. 238.

³¹ BEAUCHAMP; FADEN, *op. cit.*, p. 237.

³² *Ibidem*, p. 235-237.

³³ Tradução nossa: “*The capacity to act autonomously is distinct from acting autonomously, and possession of the capacity is no guarantee that an autonomous choice has been or will be made.*” *Ibidem*, p. 237.

³⁴ *Ibidem*, p. 237.

Pode-se afirmar que o fulcro de um ordenamento jurídico democrático está no exercício da autonomia da vontade nos âmbitos público e privado. Esse exercício deve ocorrer cotidianamente, buscando-se em cada ato o implemento do diálogo, da cognição crítica e da escolha, de maneira que os membros da sociedade possam dar forma e sentido às suas vidas. Tal deve ocorrer de forma sistemática na relação médico-paciente.

Há uma revalorização do negócio jurídico. Essa refinada construção doutrinária encontra um nicho perfeito na teoria do consentimento informado. O diálogo culmina com um encontro de vontades vinculantes (e todos os requisitos e conseqüências implicados) que é a base da relação entre médico e paciente e um dos principais pilares desse não tão recente ramo do conhecimento, que se convencionou chamar de bioética.³⁵

É necessário, portanto, um novo modelo de autonomia que desvincula a idéia de agente autônomo ou da busca do sujeito para voltar-se para o agir autônomo. Beauchamp e Faden analisam o ato autônomo em função do indivíduo com base em três condições necessárias: 1- intenção, 2- compreensão e 3- ausência de influências controladoras.³⁶

A primeira condição do ato autônomo é a intenção do agente, que pode ser um ato intencional (autônomo) ou um ato não intencional (não-autônomo), portanto não apresentando níveis de graduação. Já as duas outras condições do ato autônomo, a compreensão e a ausência de influências controladoras podem ser satisfeitas por uma maior ou menor extensão. O ato autônomo depende dos diferentes níveis de satisfação das condições de compreensão e da ausência de influências controladoras. Conforme a Figura 1, as condições de compreensão e não-controle na área cinza representam a condição de satisfatoriamente autônomo, este ponto é designado como um divisor do ato autônomo, que será caracterizado como sendo o ideal para o consentimento informado.³⁷

O ato completamente autônomo representado a esquerda da Figura 1, graficamente, descreve a idéia de níveis de autonomia. O ato completamente autônomo (circunstância hipotética) é um ato intencional que é completamente entendido e completamente não-controlado pela influência de outros.³⁸

O ato satisfatoriamente autônomo na Figura 1 é aquele representado simboli-

³⁵ STANCIOLI, op. cit., p. 110-111.

³⁶ BEAUCHAMP; FADEN, op. cit., p. 238.

³⁷ *Ibidem*, p. 238.

³⁸ *Ibidem*, p. 238-239.

camente pela linha tracejada.

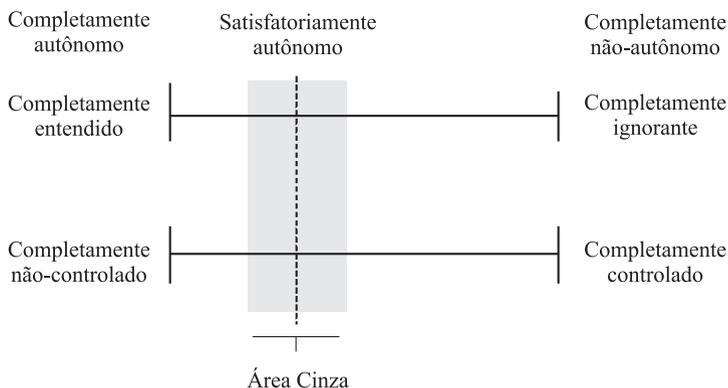


Figura 1 Níveis de autonomia de atos intencionais³⁹

A tese de Beauchamp e Faden de que o ato é autônomo por níveis ao invés de ser um ato autônomo ou não-autônomo, é uma consequência das três condições do ato autônomo (intenção, compreensão e ausência de influências controladoras). Não existe um divisor ou uma linha que divide, por exemplo, se estiver acima ou abaixo desta linha será um ato autônomo ou não-autônomo. Na verdade, o ato autônomo se baseia em considerações morais e metas. E acrescenta os autores que, se uma das três condições não forem satisfeitas, o ato será não-autônomo. Os autores acreditam que no consentimento informado é possível alcançar um ato satisfatoriamente autônomo na decisão e participação nas intervenções médicas ou na área de pesquisa.⁴⁰

4.3 AS TRÊS CONDIÇÕES DO ATO AUTÔNOMO

4.3.1 Intenção

A intenção do agente é uma das condições do ato autônomo e requer metas planejadas pelo agente. A meta é a integração da cognição (sinônimo de conhecer, termo utilizado na psicologia). Para um ato ser intencional, o ato deve ser deliberado de acordo com um plano, quer o ato seja desejado ou não.⁴¹

No consentimento informado podem ocorrer problemas em relação ao ato in-

³⁹ BEAUCHAMP; FADEN, op. cit., p. 239.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 239-241.

⁴¹ *Ibidem*, p. 243.

tencional, ou seja, apesar da intenção do agente querer um ato de acordo com um plano, poderá ocorrer atos indesejados, fatores supervenientes ou riscos de danos. Geralmente, os casos sobre consentimento informado nos tribunais envolvem questionamentos se o profissional informou ao paciente a respeito dos riscos e conseqüências indesejadas, e caso ao contrário, se tivessem sido informados desses problemas, conseqüentemente, o paciente teria alterado sua intenção.⁴²

A respeito do risco que é inerente ao ato autônomo, esclarece Brunello Stancioli que: “Nas sociedades contemporâneas, cujos desenvolvimentos técnico e tecnológico se fazem cada vez mais presentes, há uma tendência de se atribuir o risco envolvido, em certos atos, a agentes específicos.”⁴³ E acrescenta o autor sobre os fatores supervenientes que podem ocorrer no ato médico:

Quando o médico realiza determinada terapia em um paciente, cria a falsa ilusão de que todos os benefícios e males do tratamento lhe são imputáveis. Nunca é demais lembrar que o sucesso (ou fracasso) de uma terapia não resulta somente da ação médica, mas também de conjunturas alheias à sua vontade.⁴⁴

Na relação médico-paciente o respeito ou não pela autonomia do paciente traz implicações em relação ao ônus do risco que será suportado pelo médico ou paciente:

Quando o médico age sem atender à autonomia do paciente, arcará sozinho com todo o ônus de sua intervenção. Por outro lado, se a autonomia do paciente é respeitada, há uma repartição do ônus do risco entre médico e seu paciente. Assim, pode-se afirmar que, na atenção aos imperativos da autonomia do paciente, o médico tem um grande instrumento defensivo contra o ônus do risco.⁴⁵

Na relação médico-paciente, o ônus do risco será dividido entre a equipe médica e o paciente, quando a autonomia do paciente for respeitada na intervenção a ser realizada.

4.3.2 Compreensão

⁴² *Ibidem*, p. 247.

⁴³ STANCIOLI, *op. cit.*, p. 40.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 40.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 41.

A segunda condição para o ato ser autônomo é a compreensão do paciente sobre a intervenção a ser realizada. E esta condição é muito importante para o consentimento informado, pois o paciente necessita compreender sobre seu diagnóstico, prognóstico, procedimentos que possam ser realizados, riscos e etc. O consentimento informado, portanto, “não será só formalmente obtido, mas poderá ser autonomamente fornecido.”⁴⁶

A qualidade da decisão autônoma pode variar muito de acordo como a pessoa compreende determinada informação. A filosofia e a psicologia tentam explicar o que é compreender, mas não chegam a um consenso. Os trabalhos clássicos filosóficos de Locke (*An essay concerning human understanding*) e Hume (*An enquirey concerning human understanding*) referem-se ao termo compreender como intelecto ou inteligência, analisando o significado do termo compreender. Já a psicologia estuda como as pessoas compreendem com ênfase nos processos cognitivos e neurofisiológicos.⁴⁷

É através da linguagem que o profissional irá transmitir ao paciente as informações sobre sua doença, e desta maneira o paciente irá compreender e interpretar seu problema para que possa agir autonomamente. Segundo Gadamer, “a linguagem é o medium universal em que se realiza a própria compreensão. A forma de realização da compreensão é a interpretação.”⁴⁸

Quanto maior o nível de informação que uma pessoa possa compreender, maiores serão as possibilidades de ocorrer um ato autônomo.⁴⁹

E como esclarece Brunello Stancioli:

O processo de compreensão (ou interpretação) esgota-se quando os interlocutores (médico e paciente) chegam a um consenso. Esse acordo de vontades não reflete a ‘coisa em si’, mas o objeto construído, intersubjetivamente, pelo medium da linguagem, pois, por ela, “o conceito do ‘ser em si’ obtém o caráter de uma determinação volitiva”.⁵⁰

Na relação médico-paciente, aplicando a teoria de Habermas, que declara que os participantes do discurso racional, ou seja, o médico e o paciente estão em igualdade de participação e, portanto, ambos “poderiam dar o seu assentimento, na qualidade de participantes de discursos racionais”.⁵¹

⁴⁶ *Ibidem*, p. 35.

⁴⁷ BEAUCHAMP; FADEN, *op. cit.*, p. 249.

⁴⁸ GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 566.

⁴⁹ BEAUCHAMP; FADEN, *op. cit.*, p. 239.

⁵⁰ STANCIOLI, *op. cit.*, p. 38.

⁵¹ HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia** – Entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno

Como explica Travessoni e Merle sobre a teoria do discurso racional de Habermas em que:

Ele pressupõe uma situação ideal de discurso em que os participantes têm iguais oportunidades de participação, apresentando interpretações, objeções, argumentos etc. Nessa situação ideal, os participantes estão excluídos das limitações temporais espaciais e temporais. Todas as questões relativas à verdade e à validade passam a depender, portanto, do acordo potencial dos participantes do discurso. Esse acordo, ao contrário da ética kantiana, não exclui o interesse.⁵²

Já os autores, Beauchamp e Faden, irão analisar as características diferenciais de compreender um ato e como identificar as condições para que uma pessoa compreenda a natureza e implicações de seu ato, ou seja, perguntam ao paciente: “você compreende o que você está fazendo?”.⁵³

Os autores, Beauchamp e Faden⁵⁴, começam a analisar, primeiramente, a compreensão completa ou total de uma ação, que ocorrerá se houver um entendimento adequado de toda situação relevante através 1- da natureza do ato e 2- das consequências e possíveis resultados previsíveis que poderiam resultar da realização ou não deste ato. Na realidade, esta situação ideal não é totalmente satisfeita, o ato é baseado em uma compreensão menos que completa ou total, e, conseqüentemente, não será um ato completamente autônomo.

Beauchamp e Faden⁵⁵ ilustram o que significa para alguém compreender um ato adequadamente e, se ele é importante ou insignificante, através do exemplo de muitos pacientes, que consentem para fazer uma cirurgia, compreendem que como conseqüência do seu consentimento eles irão sofrer dor pós-operatória. Muitos pacientes entendem que eles irão experimentar a dor, mas suas expectativas de dor podem ser inadequadas. Em algumas situações, os pacientes, simplesmente, não podem adequadamente avaliar a real natureza da dor, esta deficiência ocorre em função da concepção inadequada do que é dor, como ele responde a dor, como ele se sente e a variação individual de tolerância à dor.

O ato de compreender na relação médico-paciente para obtenção do consentimento informado relaciona-se com a compreensão que o paciente tem após a comunicação efetiva e das informações recebidas do médico.

Siebeneichler. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro, 1997. v. 1. p. 142.

⁵² TRAVESSONI GOMES, Alexandre; MERLE, Jean-Christophe. **A moral e o direito em Kant**: ensaios analíticos. Belo Horizonte, MG: Mandamentos, 2007. p. 64-65.

⁵³ BEAUCHAMP; FADEN, op. cit., p. 250-251.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 252.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 252-253.

4.3.3 Ausência de influências controladoras

A terceira condição do ato autônomo é uma condição negativa, ou seja, não ser controlado por outras pessoas.

O consentimento informado deve ser voluntário. Pode-se ilustrar através do Código de Nuremberg que dispõe em seu artigo 1º, que o ato voluntário deve ser ausente de influências controladoras:

O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão [...] ⁵⁶ [grifo nosso].

A autonomia, conforme explica Bruno Torquato,

requer que não haja condicionantes à manifestação externa de vontade, isto é, a vontade deve ser o mais livre possível, conformada pelas pré-compreensões do paciente e não por fatores externos, como vícios sociais ou do consentimento. ⁵⁷

Um ato completamente controlado é dominado pela vontade de outra pessoa. E pode ser ilustrado, por exemplo, quando um médico ordena o paciente relutante em tomar um medicamento, e o coage a tomá-lo. Neste caso, o paciente está totalmente controlado e sob a vontade do médico. Uma situação diferente ocorre, quando o médico convence pela primeira vez um paciente relutante a tomar o medicamento, e o paciente acaba por vontade própria tomando o medicamento, portanto, não estando sob a vontade do médico. ⁵⁸

Na relação médico-paciente, o médico precisa tomar certo cuidado para não convencer o paciente a realizar um tratamento, pois o médico é o detentor do conhecimento técnico e a “ausência total de influências controladoras parece não existir na prática, em especial na relação médico-paciente. O médico é detentor de uma forma de saber, a qual está intimamente conectada com manifestações de

⁵⁶ STANCIOLI, op. cit., p. 53.

⁵⁷ NAVES, op. cit., p. 101.

⁵⁸ BEAUCHAMP; FADEN, op. cit., p. 258.

poder e controle”.⁵⁹

Para Beauchamp e Faden⁶⁰ existem apenas três formas de influências controladas: coerção, manipulação e persuasão, mas os autores informam que podem existir outras formas. A manipulação é a única forma de influência que é contínua e admite níveis desde a região de controle e não-controle. A coerção e a manipulação não são conceitos contínuos. A coerção é sempre controlada, mas não ocorre em níveis, já a persuasão nunca é controlada e não envolve níveis de não-controle, ver Figura 2.

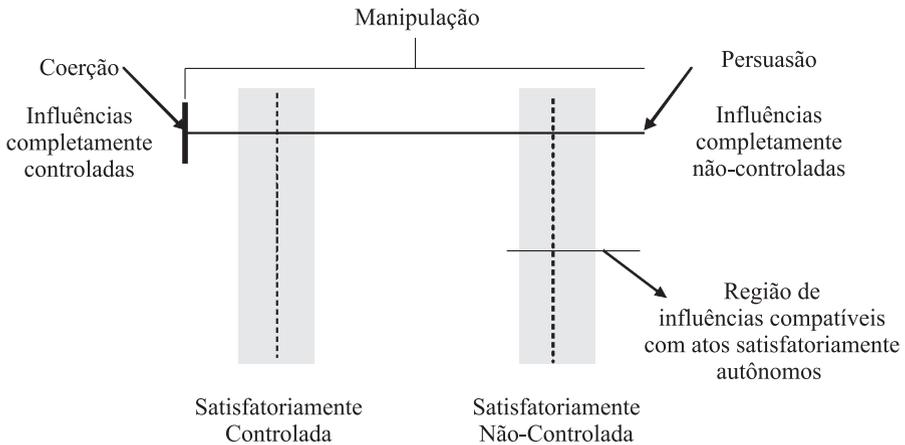


Figura 2 Influências contínuas desde controladas a não-controladas.⁶¹

A persuasão ocorre quando o paciente é submetido a um processo sem que lhe seja dada a oportunidade de que efetue algum tipo de escolha. A persuasão é uma influência intencional que induz a pessoa a aceitar livremente valores defendidos pelo persuasor.⁶²

A coação ocorre quando a pessoa dá seu consentimento, estando ameaçada por outra pessoa de forma explícita ou implícita com consequências não desejadas ou inevitáveis, pois a pessoa não pode resistir ou evitar que aconteça o ato.⁶³

A manipulação ocorre quando o médico, em razão dos seus conhecimentos, informa ao paciente de tal modo que o leve a tomar uma determinada decisão. A manipulação é uma influência intencional e efetiva de uma pessoa, que altera as

⁵⁹ STANCIOLI, op. cit., p. 42.

⁶⁰ BEAUCHAMP; FADEN, op. cit., p. 258-259.

⁶¹ BEAUCHAMP; FADEN, op. cit., p. 259.

⁶² CUMPLIDO, op. cit., p. 130.

⁶³ *Ibidem*, p. 130.

eleições ou percepções da outra pessoa.⁶⁴

A coação compromete a autonomia, pois o ato é completamente controlado, ver lado esquerdo da Figura 2. Do lado oposto, têm-se influências completamente não-controladas, que proporciona a escolha da pessoa, que pode aceitar ou rejeitar estas influências não-controladas. Quando uma pessoa é persuadida por outrem, aceita a opinião de outrem como se fosse sua própria. As linhas tracejadas e as áreas cinza da Figura 2 representam a ambiguidade que envolve o limiar do ato satisfatoriamente controlado e satisfatoriamente não-controlado. Não há um critério exato para distinguir quais atos são satisfatoriamente não-controlados dos atos satisfatoriamente controlados. Os autores desta teoria, Beauchamp e Faden⁶⁵, esclarecem que não são rigorosos em defender suas definições contra outras que aparecem na literatura científica filosófica, legal e social.

A coerção ocorre se uma parte influência intencionalmente e com êxito outra pessoa, podendo ser no campo físico, psicológico, econômico, legal ou outras situações. Na coerção a pessoa é incapaz de evitar ou de resistir à coação. A manipulação é justamente fazer com que uma pessoa faça o que o manipulador pretendeu quer seja uma influência intencional ou com êxito. No consentimento informado, a informação dada pelo médico não deve manipular o paciente em sua decisão, pois, o desejado é que o paciente exerça sua autonomia. A persuasão induz uma pessoa a aceitar livremente como se fosse sua o valor, intenções e atitudes do persuasor. Os atos realizados com base na persuasão são atos não-controlados. É difícil distinguir as várias formas de manipulação da persuasão e não é possível especificar com precisão onde termina a persuasão e começam alguns tipos de manipulação. O mais importante é ser capaz de distinguir atos que são satisfatoriamente não-controlados de outras formas de influências. Para a perspectiva do consentimento informado, é necessário estabelecer atos que são satisfatoriamente não-controlados.⁶⁶

5 CONCLUSÃO

Apresento, por fim, uma síntese final deste trabalho, destacando os seguintes pontos:

1. A ética médica grega (ética hipocrática) considerava o doente como um incapacitado físico, psíquico e moral. O doente devia obedecer ao médico, que priorizava o seu bem-estar, baseado no princípio moral da beneficência e no pa-

⁶⁴Ibdem, p. 130.

⁶⁵ BEAUCHAMP; FADEN, op. cit., p. 259-260.

⁶⁶ Ibdem, p. 261-262.

ternalismo.

2. Um novo modelo para a relação médico-paciente se faz necessário e deverá ser pautado na autodeterminação do paciente. O paciente deixa de ser objeto e passa a ser sujeito ao exercer sua autonomia em relação ao próprio corpo.

3. O consentimento informado na relação médico-paciente é a expressão da manifestação do exercício da autonomia do paciente neste processo dialógico, que culmina com um encontro de vontades vinculantes.

4. O consentimento informado é o núcleo ético da relação médico-paciente.

5. A autonomia é o eixo central da doutrina do consentimento informado.

6. Para Immanuel Kant a concepção de autonomia está ligada a idéia de autossuficiência, na qual o indivíduo atua solitário. Na relação médico-paciente, a auto-suficiência não soluciona os problemas do consentimento informado, pois o paciente não seria capaz de decidir por si mesmo.

7. Faz-se necessário um novo modelo de autonomia, que abandona o ponto de vista do agente autônomo e foca no agir autônomo, assim, os pacientes ao consentirem devem fazer suas escolhas satisfatoriamente autônomas, portanto, o consentimento é um ato de autorização autônoma.

8. Três condições são necessárias para o ato ser autônomo: intenção, compreensão e ausência de influências controladoras. No consentimento informado é possível alcançar um ato satisfatoriamente autônomo na relação médico-paciente.

9. A vontade do paciente deve ser livre de influências controladoras como a manipulação, a persuasão e a coação, pois a vontade não pode apresentar vícios.

10. A aplicação do consentimento informado na prática diária médica faz com que os princípios éticos da pessoa humana sejam respeitados, assegura a relação de confiança entre o médico e o paciente e eleva o nível de qualidade do tratamento médico proposto. O eixo central do consentimento informado, portanto, passa a ser a pessoa no exercício de sua autonomia na medida em que a dignidade é potencializada.

REFERÊNCIAS

APPELBAUM, Paul S et al. **Informed consent: legal theory and clinical practice**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2001.

BEAUCHAMP, Tom L.; FADEN, Ruth R. **A history and theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986.

CUMPLIDO, Manuel J. **Consentimiento informado: derecho médico, evolución histórica desde la Antigua Grécia a la actualidad, aspectos jurídicos y legales**

nacionales e internacionales, teoría del consentimiento informado, información al paciente. Córdoba: Editorial Mediterránea, 2005.

DWORKIN, Gerald. **The theory and practice of autonomy**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1999.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia** – Entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro, 1997. v. 1.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1997.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Relacionalidade e autonomia privada: o princípio da autonomia privada na pós-modernidade**. 2003. 138fls. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2003.

PICO DELLA MIRANDA, Giovanni. **Discurso sobre a dignidade do homem (1486)**. Tradução de M. L. Sirgado Ganho. Lisboa: Edições 70, 2006.

RAGAZZO, Carlos Emmanuel Joppert. **O dever de informar dos médicos e o consentimento informado**. Curitiba, PR: Juruá, 2007.

RODRIGUES, João Vaz. **O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português** (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente). Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

ROMEO CASABONA, Carlos María. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In: ROMEO CASABONA, Carlos María; QUEIROZ, Juliane Fernandes. **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2004.

SCHNEEWIND, J. B. **A invenção da autonomia: uma história da filosofia moral moderna.** São Leopoldo, RS: Ed. Unisinos, 2001.

SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico.** 17. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense, 2000.

STANCIOLI, Brunello Souza. **Relação jurídica médico-paciente.** Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2004.

TRAVESSONI GOMES, Alexandre; MERLE, Jean-Christophe. **A moral e o direito em Kant:** ensaios analíticos. Belo Horizonte, MG: Mandamentos, 2007.

Recebido em: 30 Março 2010

Aceito em: 07 Maio 2010