

A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica

The relationship between the principle of autonomy and the principle of charity (non-maleficence) bioethics medical

Adriana Campos¹

Daniela Rezende de Oliveira²

Resumo: O presente artigo tem por objetivo fazer a relação entre os princípios da autonomia e o da beneficência (e não maleficência) no âmbito da ética dos profissionais de saúde (mais especialmente, dos profissionais da medicina), buscando demonstrar que para haver uma adequada e sadia relação entre médico e paciente (usuário do serviço de saúde) é imprescindível o respeito ao princípio da autonomia, eis que todo ser humano deve ser reconhecido como um fim em si mesmo. As atividades médicas, por compreenderem procedimentos que envolvem a vida, a saúde e a integridade física dos indivíduos, devem

1 Doutora em Direito Constitucional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. *E-mail:* adricamp@uol.com.br.

2 Doutora em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. *E-mail:* danifilodir@yahoo.com.br

ser pautadas por princípios e valores variados – e por vezes conflituosos, como é o caso da autonomia e da beneficência, razão pela qual, frequentemente, os profissionais da saúde enfrentam dilemas éticos de difícil solução quando da prática de suas atividades. Desse modo, os princípios preconizados pela bioética laica (autonomia, beneficência e justiça) constituem base para a reflexão das condutas a serem tomadas no campo da saúde – em especial, da medicina. A crescente valoração dada ao princípio da autonomia – como também, ao princípio do consentimento livre e esclarecido – modificou a relação médico-paciente (usuário dos serviços de saúde), retirando a supremacia do princípio da beneficência (oriunda da ética hipocrática) e, via de consequência, a coexistência de ambos os princípios na relação entre profissionais da saúde e pacientes, acarreta para ambos a responsabilidade para com as decisões tomadas durante a prática clínica.

Palavras-chave: princípio da autonomia; autonomia; bioética; bioética médica.

Abstract: This article aims to make the relationship between the principles of autonomy and beneficence (and non-maleficence) within the ethics of health professionals (mos especially the medical profession), seeking to demonstrate that there is a proper and healthy relationship between doctor and patient (service user health) is essential to respect the principle of autonomy, behold, every human being must be recognized as an end in itself. Medical activities by understanding procedures involving life, health and physical integrity of individuals, must be guided by principles and values varied – and sometimes conflicting, such as autonomy and beneficence, why often health professionals face ethical dilemmas

difficult to solve when the practice of their activities. Thus, the principles advocated by secular bioethics (autonomy, beneficence and justice) are the basis for the reflection of the actions to be taken in the field of health – in particular medicine. The increasing valuation given to the principle of autonomy – as well as, the principle of informed consent – changed the doctor-patient relationship (user of health services), removing the supremacy of the principle of beneficence (derived from Hippocratic ethics) and, via consequence, the coexistence of both principles in the relationship between health professionals and patients, results for both the responsibility for the decisions taken during clinical practice.

Key words: principle of autonomy; autonomy; bioethics; medical bioethics.

1 Introdução

Autonomia é termo de origem grega e etimologicamente é composto pela junção do adjetivo pronominal *autos* (que quer dizer “o mesmo, ele mesmo e por si mesmo”) e pelo substantivo *nomos* (que significa lei do compartilhar, instituição, convenção, lei).³ Nesse sentido, autonomia expressa a capacidade humana de dar-se suas próprias leis, ou ainda, “poder exercido com absoluta independência do sujeito”⁴, como também, “capacidade de pensar, decidir e agir; com base em tal pensamento e decisão, de modo livre e independente”⁵ Destarte, ter autonomia é ser dotado da capacidade de autolegislar-se segundo a sua própria liberdade. Ser autônomo é ter a capacidade de

3 SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998, p. 17-18.

4 MARCHI; SZTAJN, 1998, p. 39.

5 ALMEIDA, 2002, p. 56.

autodeterminar-se segundo a sua consciência e vontade.

A autonomia, pois, expressa a condição de quem tem competência para determinar por si próprio as leis a que se quer submeter – o que demonstra que o conceito está estritamente vinculado à temática da liberdade (independência a condicionamentos externos) e da vontade (a ação, no sentido de capacidade volitiva intencional).⁶

A autonomia é o pressuposto fundamental da ética, uma vez que um sujeito desprovido de tal faculdade não é capaz de fazer julgamentos sobre o caráter ético de uma ação, ou ainda, do sujeito que a pratica.⁷ Vale ressaltar, ainda, que a faculdade da autonomia acarreta ao sujeito também algumas obrigações: o dever de respeitar a autonomia dos seus semelhantes em consonância com o princípio da humanidade e a responsabilidade pela prática dos seus atos. Por isso, o limite da autonomia é fixado à vista do respeito à autonomia do próximo, devendo ser compreendida como capacidade e liberdade de escolha e, também, como responsabilidade pela decisão adotada, visto que tais pressupostos constituem o próprio âmago da ética e a “condição *sine qua non* para o verdadeiro *status* moral do homem”.⁸

Ademais, importa esclarecer que, no contexto da bioética médica, a autonomia não se confunde com o princípio da autonomia, uma vez que aquela se remete à capacidade que todo ser racional tem de deliberar sobre seus objetivos e de agir em direção a essa deliberação e, este é o requisito moral do respeito pela autonomia dos outros determinando que o ser autônomo reconheça o seu semelhante como um igual – portanto, igualmente autônomo.⁹

6 GOLDIM, s/d, s/p.

7 FERRAZ, 2001, p. 76.

8 ALMEIDA; MUÑOZ, s/d, s/p.

9 Importa esclarecer que, se por um lado deve a autonomia ser entendida como

2 Princípios da bioética laica

A bioética laica se pauta por três grandes princípios, conhecidos como “trindade bioética”: autonomia, beneficência e justiça. Esses três grandes princípios da bioética laica compõem a “trindade bioética” e não foram escolhidos de maneira aleatória, sendo resultado de muita reflexão por parte da comunidade científica, bem como de filósofos, religiosos, moralistas e leigos. Apesar disso, tais princípios não são os únicos visados pela bioética, visto que em decorrência destes, outros também englobam a dimensão moral objetivada por ela: a sacralidade da vida humana; o consentimento livre e esclarecido do paciente; e, a dignidade e integridade física, psíquica e moral do ser humano. Nesse entendimento, verifica-se que a bioética não se pauta por um principialismo extremado e nem legalismo, o que a distingue do Direito. A *trindade bioética* não constitui um regulamento, mas sim, orientações (dadas aos cientistas, filósofos, políticos, religiosos, dentre outros profissionais) de modo que sua reflexão se volte frequentemente para o caráter problemático trazido pelas novas biotecnologias.¹⁰ Assim, a interrelação dos princípios da autonomia, da beneficência e da justiça responde às exigências de uma bioética secular, mediante uma ética

capacidade e liberdade de tomar suas próprias decisões – sem a interferência de qualquer condicionamento externo, também temos a possibilidade de um indivíduo tomar suas decisões de forma condicionada – isto é, desprovida de liberdade. Temos, então, o antônimo de autonomia, qual seja, a heteronomia – que é a dependência e/ou interferência de condicionamentos externos à liberdade do agente. Aqui, pois, há a “determinação externa da vontade”. Neste caso, a ação é executada por motivos alheios à liberdade do indivíduo que age por representação de objetos externos. Segundo Marchi, sob o prisma da prática biomédica, heteronomia é “o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem ter, de determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo a sua vontade” (Cf.: MARCHI; SZTAJN, 1998, p. 39).

10 LOLAS, 2001, p. 61-62.

livre de discursos, narrativas, e/ou conteúdos previamente estabelecidos.

Esclareça-se, também, que não há qualquer hierarquia entre os princípios acima mencionados, sendo que a aplicação de um deles em detrimento de outro deverá ser determinada em um caso concreto, preservando-se e priorizando-se sempre a dignidade da pessoa humana.¹¹ Nesse sentido, Fabriz adverte que:

A convivência entre os diversos princípios nem sempre é muito fácil; Ao contrário, às vezes, os princípios se opõem, criando situações de conflito. A resolução desses conflitos deve realizar-se no sentido de se aplicar os princípios que mais se aproximem da concepção de justo, no quadro das possibilidades que se configura a partir do caso em concreto.

O princípio da dignidade da pessoa humana, compreendido por nós como absoluto, deve reger todas as situações de colisão entre princípios.¹²

De toda forma, isso não significa que os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça – e suas variantes – podem solucionar os múltiplos conflitos que a vida cotidiana suscita, mas sim que sua aplicação simplifica o processo de discernimento ético, abrindo o espaço para os mais variados debates relativos às questões ligadas à bioética, bem como desenvolvendo estratégias efetivas para a busca de soluções para a mesma, auxiliando na formulação das problemáticas e trazendo às mesmas mecanismos de resolução para os impasses bioéticos encontrados no cotidiano.

11 FABRIZ, 2003, p. 105.

12 FABRIZ, 2003, p. 106.

2.1 Princípio da autonomia

A autonomia se refere “à capacidade que tem a racionalidade humana de fazer leis para si mesma. Significa a capacidade de a pessoa governar-se a si mesma, ou a capacidade de se autogovernar, escolher, dividir, avaliar; sem restrições internas ou externas”.¹³

O respeito pela autonomia do ser humano – ou seja, perceber que toda pessoa é capaz de tomar suas próprias decisões – é tema central no debate bioético, uma vez que apenas a permissão da pessoa humana pode legitimar uma ação que a envolva. No âmbito das biotecnologias, a questão da autonomia acarreta uma série de implicações e questionamentos, tendo em vista que há o constante dilema entre a autonomia do paciente e a responsabilidade do médico em relação àquele. Há aqui uma infinidade de questionamentos e reflexões de extrema relevância para a bioética que se volta desde a relação médico-paciente, até às questões referentes a pacientes com autonomia reduzida (como por exemplo: pessoas menores de idade ou portadoras de doenças mentais).

No que se refere à bioética médica, o princípio da autonomia pode ser definido como “poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente.”¹⁴ Ou ainda, “obrigação que o profissional de saúde tem de deixar o paciente exercer a sua liberdade de decisão acerca daquilo que mais convém à sua dignidade de pessoa, respeitando-a na sua autonomia.”¹⁵

13 PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 44.

14 MARCHI; SZTAJN, 1998, p. 42.

15 BECKERT, s/d, s/p.

O reconhecimento da autonomia do paciente¹⁶ (usuário dos serviços de saúde)¹⁷ pressupõe o respeito para com suas decisões. A autonomia do paciente deve ser considerada como princípio basilar da conduta ética dos profissionais da área da saúde humana, isto é, devem estes profissionais respeitar a pessoa do paciente.¹⁸ Por isso, o princípio da autonomia é o fundamento de toda prática biomédica, tendo em vista que ele prescreve que o paciente tem a faculdade moral e o direito de deliberar – sem interferências e/ou condicionantes externas – sobre o tratamento que, hipoteticamente, poderá lhe ser indicado (ou ainda, medicação ou qualquer procedimento clínico ou terapêutico). Fortes esclarece que:

Na assistência à saúde, o princípio da autonomia requer que o indivíduo, quer esteja sadio ou doente, não se entregue inteiramente aos profissionais de saúde, não renuncie a uma parcela sempre maior de sua liberdade em troca de uma parcela menor de sua própria saúde.

O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico de nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes diverjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes na sociedade. Afinal, cabe sempre lembrar que o

16 O termo “paciente”, quando utilizado no presente texto, se refere ao usuário do serviço de saúde e/ou assistência médica. Assim, o termo “paciente” não deve nos remeter à ideia de indivíduo resignado ou conformado, mas como pessoa que está sob cuidados e atenção médica.

17 CLOTET, s/d, s/p..

18 Informamos que neste trabalho, ao utilizarmos o termo *paciente*, por vezes estaremos nos referindo não só ao indivíduo – sujeito passivo da relação médico-paciente, mas também, todo sujeito participante (voluntário, ou não) das pesquisas biotecnológicas envolvendo seres humanos. Ressalte-se, também, que a expressão *relação médico-paciente* se refere à relação entre um indivíduo (sujeito passivo) e o profissional da área da saúde.

corpo, a dor, o sofrimento, a doença, são da própria pessoa e que violar a autonomia significa tratar as pessoas como meios e não como fins em si mesmas.¹⁹

Portanto, respeitar a autonomia do paciente é antes de tudo reconhecer a sua dignidade²⁰, de modo que a conduta dos profissionais da área de saúde seja pautada em princípios humanitários e solidária com os interesses e liberdade dos usuários dos serviços de saúde.²¹

2.2 Princípio da beneficência

De acordo com Kipper, a beneficência – numa perspectiva filosófica moral – é uma manifestação da benevolência. Sendo que a benevolência apresenta três características essenciais: demonstra a disposição emocional que todo homem tem para tentar fazer o bem aos seus semelhantes; representa uma virtude intrínseca a todo ser humano; denota a disposição que todos têm para agir de maneira correta, qualidade que, em geral, todos possuem.²²

Desse modo, o princípio da beneficência se assenta no reconhecimento do valor moral do outro, e leva em consideração que maximizar o bem do outro, supõe reduzir o mal. Em se tratando da bioética médica, este princípio estabelece que o profissional de saúde deve comprometer-se a avaliar os riscos e os benefícios potenciais – sejam individuais ou coletivos – e sempre perseguir o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os possíveis danos e riscos.

O princípio da beneficência engloba um outro princípio – indissociável àquele – a não-maleficência (*primum non nocere*), isto é, a obrigação de não causar danos. O princípio

19 FORTES, 1998, p. 39-40.

20 LEPARGNEUR, 2002, p. 177-182.

21 MARTIN, 2002, p. 190.

22 KIPPER; CLOTET, 1998, p. 42.

da não-maleficência, então, determina que o profissional da saúde deve se comprometer a avaliar e evitar os danos previsíveis. Esse princípio difere-se do princípio da beneficência porque envolve a abstenção, sendo, por isso, mais abrangente, uma vez que é dirigido a toda sociedade e não apenas aos profissionais da saúde.

2.3 Princípio da justiça

No campo da bioética médica, o princípio da justiça se remete à igualdade, à liberdade e ao equilíbrio nas relações humanas. Em outras palavras, é um princípio que implica na igualdade de direitos aos serviços de saúde.²³ O princípio da justiça preconiza que toda atenção e cuidado – bem como todo o sistema de saúde, público ou privado – sejam justos, funcionais e eficientes. Assim, seu objetivo é garantir a distribuição – justa, eqüitativa e universal – dos benefícios dos serviços de saúde.²⁴

O princípio da justiça acompanha o princípio da beneficência,²⁵ uma vez que ambos buscam promover o bem das pessoas, reconhecendo a sua dignidade e respeitando o seu direito à vida.

A inclusão do princípio de justiça no âmbito da bioética é de extrema importância, pois, reflete a consciência da cidadania e a luta pelo direito à saúde como sendo um direito que deve ser atribuído e assegurado a todo cidadão. Ademais, a justiça na área da saúde garante a consecução de conseqüências boas, e o máximo de benefício pelo mínimo de custo.²⁶

23 MORAES, s/d, s/p.

24 CORREIA, 2002, p. 42.

25 FABRIZ, 2003, p. 111.

26 CORREIA, 2002, p. 43.

3 Paternalismo médico - O confronto entre os princípios da autonomia e da beneficência

O termo *paternalismo* tem origem latina, sendo derivado do substantivo *pater* (ou seja, pai), remetendo-se ao modelo patriarcal de organização familiar, onde o pai exerce sua autoridade sobre todos os membros da família, em especial, no tratamento dado aos filhos.

Desde a tradição médica hipocrática, verifica-se que essa também é a atitude própria do profissional da saúde – mais especificamente, dos médicos – que até tempos recentes²⁷ (década de 60 do século passado) exercia seu poder “autoritário” sobre o paciente (isto é, o usuário dos serviços de saúde).

Segundo os fundamentos hipocráticos, o médico deveria indicar e aplicar o tratamento ao paciente com base na sua exclusiva opinião e experiência, fundamentando sua conduta no princípio da beneficência. O paciente, em contrapartida, assumiria uma atitude passiva diante das decisões tomadas pelo médico, cabendo-lhe apenas a obrigação de cumprir as determinações daquele profissional. É por essa razão que o paternalismo pode ser entendido como a conduta médica que desconsidera intencionalmente a autonomia e/ou o consentimento do paciente, justificando tal ação pela intenção de proporcionar um benefício, ou ainda, evitar um dano ou risco à saúde do paciente²⁸

27 Fortes atribui a maior relevância dada à autonomia do paciente a partir da década de 60 em razão de ser este o período em que houve vários movimentos – sobretudo nos EUA – em defesa dos direitos da cidadania, à saúde e humanização dos serviços de saúde. Estabelecendo o *Patient's Bill of Rights* (Carta dos Direitos do Paciente), publicada em 1973 pela Associação Americana de Hospitais, como marco teórico da mudança de comportamento no âmbito das relações médico-paciente. (Cf.: FORTES, 1998, p. 38.).

28 BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1989, p. 274.

Do mesmo modo, questiona-se a segurança/certeza do exercício da vontade do indivíduo de conhecer ou não o fato de ser portador de uma determinada doença; ou, ainda, impossível verificar que, se conhecendo a extensão da enfermidade, o paciente não se sentiria melhor se a ignorasse. Ou ainda, em respeito à autonomia do paciente, não há mecanismos infalíveis para que o profissional da saúde avalie se um indivíduo está apto ou não para expressar sua vontade livre e consciente. Com isso quer-se dizer que ainda que o profissional da saúde esteja atento aos princípios da beneficência e da não-maleficência, não possui a capacidade de avaliar o que seria bom ou ruim para o paciente nesses casos, mesmo porque, cada ser humano reage de maneira diferente diante de circunstâncias iguais. Além disso, em muitos casos, a desconsideração da autonomia do paciente pode acarretar uma responsabilidade muito maior ao profissional da saúde do que teria se mantivesse com aquele um maior diálogo. O princípio da beneficência – embora imprescindível à conduta médica – não pode ser levado até as últimas instâncias, a ponto de anular a figura do paciente/ usuário dos serviços de saúde (que por vezes é tratado como meio para se alcançar a cura de uma doença).

Para avaliarmos os impasses entre os princípios da autonomia e da beneficência faz-se necessário distinguirmos três formas de paternalismo: o *paternalismo genuíno* (onde a prática paternalista é válida quando o profissional constate a efetiva ausência de capacidade de autonomia do paciente, como seria o caso de crianças, ou ainda, de pacientes terminais em estágio de coma profundo); o *paternalismo autorizado* (onde o paciente – mediante sua autonomia – consente, expressa ou tacitamente – com a prática paternalista); e, o *paternalismo não-autorizado* (onde não há consentimento algum por parte

do paciente, momento em que sua autonomia é integralmente desconsiderada).²⁹

Assim é que, a prática médica concreta demonstra que os limites entre as diversas formas de paternalismo não são facilmente detectados, o que nos permite verificar que as relações entre os princípios da autonomia e da beneficência devem ser cuidadosamente analisadas – o que pressupõe uma análise concreta (caso a caso) sobre o modo como deve proceder a relação médico-paciente. A prática paternalista deve ser cuidadosamente analisada, porque a intervenção médica no âmbito da autonomia do paciente requer por parte do profissional de saúde um bom julgamento.³⁰

Indubitavelmente, o princípio da autonomia deve ser o critério principal a ser levado em conta na bioética médica. Ao usuário dos serviços de saúde deve ser assegurado que sua autonomia seja o critério informador da conduta moral inserida no processo de decisão médica. O profissional da saúde deve tomar consciência de que quanto mais esclarecimentos e orientações forem passadas aos seus pacientes, a escolha destes será realmente racional, livre e consciente. Daí resultará uma escolha compartilhada, em que médico e paciente assumam a responsabilidade pelo procedimento médico adotado. Isso porque, a relação entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços de saúde é sempre uma relação contratual, o que acarreta direitos e obrigações para ambas às partes, de maneira que o profissional da saúde “não pode prescindir das decisões do paciente, sempre que este se encontra em condições normais para adotá-la”.³¹

29 SEGRE, 1998, pp. 20-21.

30 BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1989, p.284.

31 CLOTET, 1995, p. 358.

Ressalte-se que, o indivíduo que após consultar o profissional da área da saúde, pedindo-lhe orientações e esclarecimentos, não deixa de agir de maneira autônoma e a partir disto, tomar sua decisão de forma livre e esclarecida. Aconselhar-se com o profissional não se trata, pois, de uma ação heterônoma, visto que é próprio do ser humano pedir opiniões e conselhos antes de fazer uma escolha importante.³²

Para que seja minimizado o confronto – ainda que hipotético – entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, o mais aconselhável é que ambos cultivem o diálogo (devendo este ser constante e franco);³³ substituindo a relação paternalista por uma relação de confiança. Deste modo, o profissional da saúde deve se esforçar para maximizar a autonomia do paciente/usuário do serviço de saúde.

Contudo, em casos de grande conflito entre os princípios da autonomia e da beneficência – onde não há um comum acordo entre profissional da saúde e paciente – a solução para o impasse encontra-se na aplicação do princípio da justiça, onde, tentar-se-á buscar uma decisão que equilibre a relação médico-paciente, baseando-se na equiparação das liberdades das partes – a partir de um critério de equidade.³⁴

4 O princípio do consentimento livre e esclarecido

O comportamento ético concernente às ações humanas na área da saúde não pode ser observado dentro de um enfoque individual – seja sob o ponto de vista dos profissionais da área da saúde, seja sob o ponto de vista do paciente. Na relação entre profissional e usuário dos serviços de saúde há

32 ALMEIDA, 2002, p. 64-66.

33 ALMEIDA, 2002, p. 66.

34 CLOTET, 1995, p. 360-362.

direitos e deveres entre ambas as partes – o que pressupõe a responsabilidade pelos seus atos e decisões.

O princípio da autonomia possui uma importância fundamental para a orientação das ações médicas, pois, compreende o indivíduo como ser dotado de racionalidade e liberdade, sendo capaz de agir com base em suas próprias deliberações – o que significa, ser portador de dignidade e ter sua autonomia reconhecida.

No campo das ciências médicas, para que o indivíduo possa exercer sua autonomia, deliberando livremente sobre a sua saúde, é imprescindível que lhe sejam fornecidas as informações essenciais para a tomada de sua decisão, de modo que a mesma seja consciente. Desse modo, ao princípio da autonomia liga-se o princípio do consentimento livre e esclarecido.³⁵

O consentimento livre e esclarecido é “manifestação da essência do princípio da autonomia”³⁶, implicando a autorização, ou ainda, a permissão para que alguém faça algo a outrem. No âmbito da prática médica, consentimento é a permissão dada pelo indivíduo autônomo – e competente – ao profissional da saúde, para que este realize atos que afetem – direta ou indiretamente – sua integridade física ou psíquica. Dito de outra forma, consentimento é a autorização

35 A expressão *consentimento informado* foi utilizada pela em uma sentença judicial foi no caso Salgo v. Leland Stanford Jr University Board of Trustees, em 1957, na Califórnia. Consta que o paciente Martin Salgo, de 55 anos, sofria de arteriosclerose e submeteu-se a uma aortografia diagnóstica. O procedimento foi feito sob anestesia e com o uso de contrastes. Contudo, ao acordar no dia seguinte, o paciente descobriu que seus membros inferiores ficaram paralisados. O juiz da Corte ressaltou que o médico viola o direito do paciente quando não informa qualquer fato necessário ao livre e consciente consentimento racional do paciente. A decisão ressaltou que o médico deve esclarecer plenamente o paciente acerca dos fatos necessários para que seja dado um *consentimento informado*. (Cf.: POLAND, 1997, p. 193-194.).

36 FORTES, s/d, s/p.

que o usuário do serviço de saúde dá ao profissional para intervir em seu organismo, a fim de realizar procedimentos clínicos ou terapêuticos.³⁷

Para que o consentimento do paciente (entenda-se, usuário do serviço de saúde) seja considerado válido, imprescindível que seja dado de forma livre, voluntária, consciente, e por indivíduo competente para tanto. A manifestação de vontade do paciente não pode ser obtida mediante coação (física, psíquica ou moral) ou por quaisquer meios que obstruam o exercício de sua liberdade. Assim, estamos diante dos elementos que compõem o consentimento livre e esclarecido, sendo eles: voluntariedade, informação, entendimento e competência.³⁸

37 A primeira sentença judicial versando sobre a necessidade do consentimento informado do paciente (embora não tenha ocorrido a utilização desta expressão, pois esta somente foi empregada em 1957) data de 1767. O processo judicial em questão tramitou na Inglaterra. Consta que um paciente, de nome Slater, procurou o médico - Dr. Baker, que atuava junto com o médico - Dr. Stapleton, para dar continuidade ao tratamento de uma fratura óssea em sua perna. Os médicos, sem consultar o paciente, ao fazer a retirada da bandagem que cobria a fratura, desuniram o calo ósseo, propositadamente, com o objetivo de utilizarem um aparelho, de uso não convencional, para provocar tração durante o processo de consolidação. O paciente - Slater, acionou os médicos judicialmente, sob o argumento de os mesmos terem provocado por ignorância e imperícia uma nova fratura, causando-lhe danos desnecessários. Ademais, o paciente alegava que não havia sido informado ou consultado sobre o procedimento que seria realizado. Com o objetivo de esclarecer detalhes do caso, foi feita minuciosa perícia médica no autor (paciente). Os médicos-peritos foram unânimes em afirmar que o equipamento utilizado não era de uso corrente, que somente seria necessário refraturar uma lesão óssea no caso de estar sendo muito mal consolidada, e, finalmente, que jamais realizariam tal procedimento em um paciente que não tivesse consentido quanto à realização do procedimento. O paciente alegou, ainda, que quando da ocorrência do fato, chegou a protestar, solicitando que o procedimento não fosse levado adiante. Os médicos foram condenados por quebra de contrato na relação com o paciente. (Cf.: FADEN; BEAUCHAMP, 1986, p.116-117).

38 MUÑOZ; FORTES, 1998, p.65.

É óbvio que o conceito de autonomia individual é mais um ideal do que um fato concreto – uma vez que no âmbito das relações sociais, a autonomia não pode ser exercida de maneira absoluta. No entanto, o exercício da autonomia é possível desde que a outra parte reconheça o indivíduo como ser autônomo – no caso, o paciente.

Ademais, em situações que envolvem a saúde, as pessoas costumam consultar parentes e amigos próximos, ou se aconselhar com seus médicos. Essa atitude é natural, e não descaracteriza a manifestação autônoma do paciente, desde que sua escolha tenha sido feita de forma livre e esclarecida – o que pressupõe a voluntariedade do ato. Desta forma, é admissível ao médico persuadir – na observância do princípio da beneficência – o paciente, desde que respeite sua autonomia. Nesse aspecto, “a manipulação, tentativa de fazer com que a pessoa realize o que o manipulador pretende, sem que o manipulado saiba o que ele intenta, deve ser eticamente rejeitada.”³⁹

Ora, a autodeterminação do paciente implica em conhecimento, possibilitando sua reflexão acerca da melhor escolha a ser tomada. A informação é um dever do profissional de saúde, e sua inobservância acarreta consequências éticas e punições legais. Portanto, sem informação, não há consentimento esclarecido. O dever de informação é, pois, parte integrante do ato médico.⁴⁰

Para tanto, o profissional da saúde deve prestar a informação de maneira adequada – considerando que as pessoas possuem diferentes graus de discernimento. Isto porque, uma pessoa pode ser informada de algo, o que não pressupõe que houve o esclarecimento.⁴¹

39 MUÑOZ; FORTES, 1998, p. 64-65.

40 SOUZA, s/d, s/p.

41 ARAÚJO; FRANÇA; ARAÚJO, 2004, s/p.

O profissional da saúde deve transmitir as informações ao paciente de maneira clara e franca, utilizando-se de uma linguagem acessível ao mesmo. Não deve jamais utilizar-se de vocabulário técnico inacessível às pessoas leigas, mas adaptar a sua linguagem a cada paciente, isto é, de acordo com o padrão subjetivo.⁴² Além do mais, a informação prestada ao paciente deve ser integral. O paciente tem o direito de ser esclarecido acerca de todas as etapas procedimentais dos tratamentos a ele propostos, devendo ser-lhe expostos os diagnósticos, as terapêuticas e os prognósticos de seu caso.⁴³ É necessário, também, que o paciente seja informado acerca dos efeitos colaterais, da duração, das prováveis alterações acarretadas ao organismo (sejam físicas ou psíquicas), e da eficácia de cada tratamento (ou intervenção cirúrgica) proposto, como ainda, das possíveis alternativas terapêuticas aplicáveis ao caso.

Necessário, também, que o profissional informe ao paciente quanto aos riscos mais comuns de cada terapêutica (ou intervenção cirúrgica), inclusive, alertando-o acerca da possibilidade de ocorrência de algum risco residual (complicações raras, que não são comuns de se apresentar durante um tratamento ou cirurgia).⁴⁴ Assim, o paciente deve estar consciente dos riscos e benefícios que cada tratamento poderá lhe trazer, e assim, deliberar acerca da solução que melhor lhe convier.

42 Por padrão subjetivo devemos entender a orientação médica feita com base nas características inerentes à personalidade do paciente, devendo o profissional – na medida do possível – respeitar os valores, crenças, cultura e grau de discernimento daquele. Isto quer dizer que, o profissional da área de saúde não deve seguir fórmulas padronizadas, devendo respeitar a individualidade do paciente.

43 SOUZA, s/d, s/p.

44 SOUZA, s/d, s/p.

Caso o tratamento ou a prática diagnóstica seja de caráter experimental, ou ainda, constituir parte do protocolo de alguma pesquisa, o profissional deve cientificar o paciente de tal fato.⁴⁵

De outro modo, as informações fornecidas não podem ser falseadas ou incompletas, de maneira que acabem por confundir o paciente, que, por vezes, pode comprometer a liberdade de suas decisões.

Entretanto, não há como assegurar que o paciente compreendeu integralmente todas as informações fornecidas pelo profissional da saúde, o que não significa que o consentimento não seja esclarecido. Isto porque, embora as informações não possam ser dadas de maneira razoável e superficial, não há a exigência da totalidade do esclarecimento. É suficiente que as mesmas sejam inteligíveis e verdadeiras – de modo que a autonomia da ação do paciente seja assegurada.⁴⁶

Concluindo: o “consentimento esclarecido” não deve ser confundido com “consentimento informado”.

Necessário, ainda, fazer alusão ao fato de que, há casos em que por mais que o profissional se esforce, os pacientes renunciam ao seu direito à informação, recusando saber sobre suas condições de saúde. Isto pode ocorrer em razão das mais diversas circunstâncias, como por exemplo: medo, ansiedade, desinteresse, ou mesmo, ignorância.

Segundo Muñoz e Fortes, o paciente tem o direito de recusar à informação, ou seja, tem o direito de não ser informado.⁴⁷ Afirmam os autores que, ser informado “é um direito e não uma obrigação para o paciente.”⁴⁸ E, portanto, o direito

45 FORTES, s/d, s/p.

46 MUÑOZ; FORTES, 1998, p.65.

47 MUÑOZ; FORTES, 1998, p.67.

48 MUÑOZ; FORTES, 1998, p.67.

à informação é faculdade do paciente, mas deve-se deixar claro que, diante de tal circunstância, o profissional tem o dever moral de alertar o paciente acerca das conseqüências dessa decisão.

Ao recusar-se a receber informações do profissional da saúde, o paciente deverá indicar quais parentes ou amigos servirão como ponte de ligação entre médico e paciente. Nesse sentido, Muñoz e Fortes advertem que:

Ele tem o direito de recusar ser informado. Nestes casos, os profissionais de saúde devem questioná-lo sobre quais parentes ou amigos quer que sirvam como canais das informações. É certo que o indivíduo capaz tem o direito de não ser informado, quando assim for sua vontade expressa. O princípio da autonomia orienta que se aceite a vontade pessoal, impedindo os profissionais de saúde de lhe fornecerem informações desagradáveis e autorizando que estes últimos tomem decisões nas situações concernentes ao seu estado de saúde, ou, ainda, que devam preliminarmente consultar parentes ou amigos do paciente.

Para validar-se tal direito, o paciente deve ter clara compreensão que é dever do médico informá-lo sobre os procedimentos propostos, que tem o direito moral e legal de tomar decisões sobre seu próprio tratamento. Devem também compreender que os profissionais não podem iniciar um procedimento sem sua autorização, exceto nos casos de iminente perigo de vida. E, finalmente, que o direito de decisão inclui o de consentir ou de recusar a se submeter a determinado procedimento. A partir do preenchimento desses pressupostos, o paciente pode querer não ser informado ou, alternativamente, que as informações sejam dadas a terceiros, ou ainda querer emitir seu consentimento sem receber determinadas informações.⁴⁹

Nessa circunstância – recusa à informação por parte do paciente – para garantir a integridade física e psíquica do mesmo, o profissional atuará de forma paternalista. Este seria um caso em que o princípio da beneficência suplantaria o

49 MUÑOZ; FORTES, 1998, p.68.

princípio da autonomia (embora não haja, no plano abstrato, hierarquia entre os princípios da bioética laica).

5 O Consentimento livre e esclarecido e a capacidade clínica

A prática do consentimento esclarecido pressupõe a capacidade – isto é, a competência do paciente para tomar a decisão, sendo que a capacidade no âmbito da prática clínica não se confunde com a capacidade jurídica⁵⁰ (aptidão para

50 Juridicamente, pessoa, ser detentor de personalidade jurídica, é o sujeito do ordenamento jurídico, ou seja, é o sujeito dos direitos e deveres prescritos naquele. Esta última pode ser conceituada como atributo dado a toda pessoa (física ou jurídica) para adquirir direitos e contrair obrigações. Conseqüência da personalidade jurídica é a capacidade jurídica, que significa a aptidão para obter e exercer direitos e cumprir obrigações. Toda pessoa possui personalidade jurídica, bem como capacidade, pois a ausência total dessa última provoca a eliminação da primeira. Através da personalidade jurídica é que os direitos são atribuídos às pessoas, o que nos leva a concluir que a mesma não é um direito, mas é a partir dela que os direitos são irradiados. No Direito, a pessoa pode ser classificada em natural (física) ou jurídica (coletiva ou moral), ambas possuem capacidade jurídica. Na legislação brasileira atual, todo ser humano possui personalidade jurídica. Pessoa natural é um conceito jurídico que se refere aos homens, enquanto individualmente considerados; é o “ser humano”, o homem enquanto ser vivo e membro integrante da sociedade. A capacidade jurídica é conseqüência da personalidade e pode ser de direito ou de fato. Capacidade de direito é a aptidão para ter direito, já a capacidade de fato é a aptidão para exercer direitos por si mesmo, sendo que a ausência (absoluta ou parcial) de capacidade dá ensejo aos diversos estágios de incapacidade jurídica. Assim é que, a incapacidade jurídica será absoluta – para exercer pessoalmente os atos da vida civil – conforme o artigo 3º, do Código Civil, os menores de dezesseis anos de idade; os portadores de enfermidade ou deficiência mental que não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; e, indivíduos que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. Neste caso, o exercício de direitos – ou quaisquer atos da vida civil – será realizado por um representante legal. A incapacidade jurídica será relativa - para certos atos, ou à maneira de seu exercício – segundo o artigo 4º, do Código Civil, quando se tratar de maiores de dezesseis e menores de

exercer direitos e contrair deveres), embora, em certos casos, encontre correspondência com esta.

A capacidade, então, para o ato médico nem sempre coincide com a capacidade para a realização de atos jurídicos – tendo em vista que constituem esferas diferentes da vida do paciente. Pode um indivíduo ser considerado incapaz na esfera jurídica, mas capaz na esfera médica, e vice-versa. Destarte, conforme assevera Fortes, “indivíduos considerados incapazes para certas decisões ou campos de atuação, não o são para tomar decisões em outras.”⁵¹

Na atuação médica, considera-se capaz – ou ainda, apto para dar seu consentimento – a pessoa que possui discernimento suficiente para recusar, consentir ou estabelecer suas próprias preferências. De maneira que, ao contrário da capacidade jurídica, o limite da capacidade não pode ser tecnicamente estabelecido, sendo cada pessoa avaliada no momento da tomada da decisão e, individualmente, pelo próprio profissional da saúde. Diante deste fato, o julgamento – por parte do profissional – quanto à capacidade para o exercício da autonomia da vontade “deve ser dirigido a cada ação particular e não a todas as decisões

dezoito anos de idade; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; e, os pródigos. O exercício de direitos e atos da vida civil desses indivíduos será realizado mediante a assistência do representante legal dos mesmos. Necessário mencionar que, o artigo 4º, em seu parágrafo único, estabelece que a capacidade jurídica dos índios (considerados indivíduos vulneráveis) será regulada em lei especial. Diante do exposto, restou claro que o princípio da autonomia, no âmbito da bioética médica, não deve ser aplicado de forma absoluta, sendo necessária a remissão ao direito, para que em certos casos – como o dos menores púberes e impúberes; e portadores de enfermidades ou distúrbios mentais – seja obtido o consentimento livre e esclarecido, para a realização de intervenções biomédicas nesses sujeitos.

51 FORTES, s/d, s/p.

que a pessoa, mesmo aquela considerada legalmente como incompetente, deva tomar.”⁵²

Mas, há casos em que a capacidade no âmbito da medicina coincide com o direito, onde se verifica uma redução do nível de autonomia do indivíduo, como por exemplo: crianças e adolescentes; pessoas portadoras de deficiências mentais (permanentes ou não) que não são capazes de exteriorizar a sua vontade – ou expressá-la de forma autônoma. Nestes casos, o consentimento – ou não – será manifestado pelos seus representantes legais.

Por outro lado, pessoas que detêm total capacidade para o exercício de direitos, podem ser consideradas inaptas – incompetentes para manifestar seu consentimento – pela prática clínica, como é o caso de pessoas acometidas por qualquer desordem emocional ou psíquica, ou que sejam portadoras de qualquer anomalia que comprometa sua capacidade de raciocínio, reduzindo sua autonomia.

Necessário mencionar, ainda, que há situações em que as pessoas são impossibilitadas de manifestar seu consentimento por estarem passando por uma situação de emergência (ou também, urgência) médica – momento em que se pressupõe que há um consentimento presumido, ou tácito, por parte do paciente. Nessa ocasião, mais uma vez, o profissional atuará de maneira paternalista – fundamentando a sua conduta no princípio da beneficência.⁵³

52 FORTES, s/d, s/p.

53 O Código Penal brasileiro preconiza a necessidade do reconhecimento do direito à vida, eis que qualifica o homicídio como conduta criminosa (artigos 121 a 123, do referido código), e ainda, punindo o agressor que contra a vítima fere a sua integridade física e psíquica, ao tipificar como conduta criminosa as lesões corporais – culposas e dolosas – e os crimes de ameaça à pessoa (artigos 129 e 147, do referido código). Do mesmo modo, assegura a proteção à vida ao proibir a prática do aborto (salvo em casos de estupro, ou perigo eminente à vida da gestante), conforme os artigos 124 a 128, do Código Penal.

Por fim, importa esclarecer que o consentimento livre e esclarecido deve ser manifestado antes do início da realização dos procedimentos médicos a que o usuário do serviço de saúde será submetido. E mais, ele pode ser revogado – ou ter suas condições alteradas – a qualquer momento, bastando que o paciente (ou seu representante legal, se for o caso) comunique tal decisão ao profissional responsável (o que deve ser feito, preferencialmente, por escrito).

Diante de todo o exposto, pode-se concluir, neste momento, que a maior valoração dada ao princípio da autonomia e ao princípio do consentimento livre e esclarecido alterou a relação médico-paciente, retirando a supremacia

Entretanto, mais precisamente acerca da conduta dos profissionais da área de saúde, encontramos alguns dispositivos referentes ao desempenho de suas funções, e sua relação com os princípios da autonomia e do consentimento livre e esclarecido dos pacientes. Assim é que, o consentimento – livre e esclarecido – do indivíduo é dispensado em casos de urgência e emergência médica, eis que em situações onde há a impossibilidade temporal para a autorização de algum procedimento médico. Em ocasiões onde há riscos de prejuízos à saúde ou à vida do paciente, o profissional da saúde – em especial, o médico – tem obrigação de agir em benefício da paciente, ainda que sem o seu consentimento. A inércia do profissional poderá, inclusive, configurar crime de omissão de socorro, conduta tipificada no artigo 135, do Código Penal. No mesmo sentido, o artigo 146, § 3º, inciso I, do Código Penal, determina que “a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante, se justificada por iminente perigo de vida” não configura crime de constrangimento ilegal (conduta ilícita tipificada no caput, do artigo 146). Deste modo, configurando o “estado de necessidade”, ocasião em que, de forma geral, é impossível a obtenção do consentimento por parte do paciente, ao médico a mesma é dispensável, tendo este o dever de agir para preservar a vida e saúde do paciente. Não havendo iminente perigo de morte, ou graves danos à saúde e integridade física do paciente, e sendo este capaz consentir – ou não, a intervenção médica sem a autorização do paciente – ou de um representante legal ou pessoa autorizada – caracterizará ilícito penal, configurando crime de constrangimento ilegal. E o profissional da saúde poderá, ainda, responder (penal e civilmente) por eventuais danos e prejuízos causados ao paciente.

do princípio da beneficência (oriunda da ética hipocrática). Assim é que, a coexistência de ambos os princípios na relação entre profissionais da saúde e pacientes, acarreta para ambos a responsabilidade para com as decisões tomadas durante a prática clínica.

O consentimento do usuário do serviço de saúde não isenta o profissional de sua responsabilidade, mas de outro modo, acarreta uma responsabilidade àquele, uma vez que escolheu livremente as condições para a realização de seu tratamento. É o que Almeida chama de “responsabilidade compartilhada.”⁵⁴

Acrescente-se, também, que o princípio do consentimento livre e esclarecido é de suma importância, uma vez que seu objetivo – além da garantia do princípio da autonomia – é respeitar as diversidades e desigualdades existentes entre os seres humanos (seja na esfera individual, seja na esfera social).

Não podemos, neste sentido, deixar de fazer referência ao artigo de Miracy Gustin, quando propõe uma forma de conceituar a justiça política como uma forma de repensar vivências em locais de exclusão e de risco social.

6 Considerações finais

Com o advento da Bioética – e seu posterior desenvolvimento – as relações entre a comunidade médico-científica e a sociedade sofreram inúmeras alterações. Houve, a partir da segunda metade do século passado, uma profunda modificação na relação entre profissionais da área da saúde e pacientes (usuários dos serviços de saúde). A tradição hipocrática não encontra mais espaço e aplicabilidade na sociedade contemporânea, eis que o atual debate bioético nos revela a necessidade de haver uma nova abordagem na

54 ALMEIDA, 2002, p. 64-67.

ética médica, diferente daquela tradicional (marcada pela autoridade absoluta e incontestável do profissional da área de saúde). A ética médica tradicional – de cunho paternalista – dá lugar à ética médica pós-moderna, a qual preferimos denominar bioética médica.

Atualmente, constata-se que as atividades médicas, por compreenderem procedimentos que envolvem a vida, a saúde e a integridade física dos indivíduos, devem ser pautadas por princípios e valores variados – e por vezes conflituosos, como é o caso da autonomia e da beneficência. Assim, não raro, os profissionais da saúde enfrentam dilemas éticos de difícil solução. Por isso, a discussão acerca da ética médica deixou de restringir-se apenas aos profissionais da saúde para fazer parte da reflexão de profissionais de outras áreas de conhecimento, bem como passou a ser debatida em todos os meios sociais – ou seja, perdeu seu caráter intraprofissional e adentrou para um território de reflexões multidisciplinares.

Certo é que os princípios preconizados pela bioética laica (quais sejam: autonomia, beneficência e justiça) constituem base para a reflexão das condutas a serem tomadas no campo da saúde – em especial, da medicina.

Diante de todo o exposto, pode-se concluir, neste momento, que a maior valoração dada ao princípio da autonomia – como também, ao princípio do consentimento livre e esclarecido – modificou a relação médico-paciente (usuário dos serviços de saúde), retirando a supremacia do princípio da beneficência (oriunda da ética hipocrática). Assim é que, a coexistência de ambos os princípios na relação entre profissionais da saúde e pacientes, acarreta para ambos a responsabilidade para com as decisões tomadas durante a prática clínica.

O princípio bioético da autodeterminação da vontade do usuário do serviço de saúde, e o seu princípio correlato

- consentimento livre e esclarecido - não são incompatíveis com os princípios da beneficência e da não-maleficência, tendo em vista que todos eles almejam o mesmo objetivo - qual seja: a saúde e o bem-estar do usuário do serviço de saúde.

De toda forma, a aplicação do princípio da autonomia do paciente não deve ser feita *prima facie*, pois, não há hierarquia entre os princípios bioéticos (isto é, entre autonomia, beneficência e justiça). A relação entre os princípios da bioética laica é extremamente complexa, não sendo possível compreendê-la em um plano puramente abstrato. A valoração e a aplicação de cada um desses princípios poderão ser feitas somente mediante sua contextualização em um caso concreto. A predominância - ou ainda, a precedência - da aplicação de um desses princípios sobre os outros deve ser analisada após a verificação do contexto em que cada caso em questão se insere, sendo imprescindível a consideração ao princípio do consentimento livre e esclarecido do paciente.

A conclusão acerca da relevância do reconhecimento dos direitos dos usuários dos serviços de saúde - sobretudo, da ênfase dada ao direito à autodeterminação - nos leva a refletir constantemente a respeito dos novos desafios e questões relativas à prática médica e sobre as substanciais alterações ocorridas na ética médica tradicional, sendo inegável a importância do Direito - em especial, o biodireito - para o reconhecimento e a efetividade do respeito à autonomia do usuário do serviço de saúde como direito fundamental.

A análise da conduta do profissional em relação aos usuários dos serviços de saúde se remete à necessária reflexão sobre os direitos fundamentais que, sem dúvida, assumem diante do debate bioético uma enorme relevância para a busca de soluções às questões éticas oriundas do

crescente e progressivo avanço das biotecnociências, revelando a necessária alteração tanto da postura ética dos profissionais da área da saúde quanto da postura política de cada indivíduo enquanto cidadão.

Referencias bibliográficas

ALEXY, Robert. Balancing, constitutional review and representation. I CON. V. 3, n. 4, 2005.

ALMEIDA, Marcos. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (org.). *Fundamentos da Bioética*. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2002.

ALMEIDA, Marcos de, MUÑOZ, Daniela Romero. *A responsabilidade médica: uma visão bioética, s/p*. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpato/medlegal/respmmed.htm>>. Acesso em: 02 de novembro de 2010.

ARAÚJO, Valdei Lopes. *A experiência do tempo: conceitos e narrativas na formação nacional brasileira (1813-1845)*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

ARENDT, Hannah. *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago, 1958. ARAÚJO, Laís Záu Serpa de, FRANÇA, Beatriz Sottile, ARAÚJO, Carolina Záu Serpa de. Contribuição da antropologia médica na obtenção do consentimento livre e esclarecido. In: *Revista de Direito Médico*, ano II, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.revista-dedireitomedico.com.br/artigo.aspx?edicao=&subsecao=16&indice=1>>. Acesso em: 23 dez. 2004.

BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F.. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University, 1989.

BECKERT, Cristina. *Bioética e pessoa*, s/p. Disponível em: <<http://www.terravista.pt/nazare/1794/BIO%C3%89TICA%20E%20PESSOA.html>> Acesso em: 06 de novembro de 2010.

CAMPOS, Adriana. ANDRADE NETO, João. Liberdade e segurança: o impacto de um conflito (aparente) entre princípios. *Justiça em Revista*. V.1, p. 88-102, Belo Horizonte, 2010.

CLOTET, Joaquim. Bioética: desafio e atualidade. In: *Veritas*. Porto Alegre, v. 35, n. 139, set. 1995.

CALVET DE MAGALHÃES, Theresa. Ação, linguagem e poder: Uma releitura do

capítulo V [Action] da obra *The Human Condition*. 2007. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~tcalvet>>. Acessado em: 26/07/2009. CLOTET, Joaquim. *Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da the patient self-determination act*, s/p. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/reconheci.html>>. Acesso em: 27 de novembro de 2010.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. Democracia sem espera e processo de constitucionalização: Uma crítica aos chamados discursos oficiais sobre a chamada “transição política brasileira”. In: CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade e MACHADO, Felipe Daniel Amorim (orgs.) *Constituição e Processo: A resposta do constitucionalismo à banalização do terror*. Belo Horizonte: Del Rey, 2009, pp. 367-400.

CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (org.). *Fundamentos da bioética*. 2. ed., São Paulo: Paulus, 2002.

DERRIDA, Jacques. ROUDINESCO, Elisabeth. De que Amanhã. Diálogo. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004. FABRIZ, Daury César. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

DWORKIN, Ronald. *Law's empire*. Cambridge, Mass.: Harvard University, 1986.

FADEN, RR, BEAUCHAMP, TL. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford, 1986.

FERRAZ, Flávio Carvalho. A questão da autonomia e a bioética. In: *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 9, n. 1, 2001.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais: tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente*. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. *Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido*, s/p. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v2/reflexões.htm>>. Acesso em: 04 de novembro de 2010.

GOLDIM, José Roberto. *Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia*, s/p. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufgrs.br/benefic.htm>>. Acesso em: 02 de março de 2010.

GUIMARÃES, Maria C.S., NOVAES, Sylvia Caiuby. *Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade*. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>.

orb.br/revista/bio1v7/autonomia.htm>. Acesso em: 07 de novembro de 2010.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. *Justiça Política: Conceito a partir de olhares sobre a exclusão e o risco social*. Revista Brasileira de Estudos Políticos. v. 114, Belo Horizonte, 2017.

HABERMAS, Jürgen. Facticidad y Validez: Sobre el Derecho y el Estado Democrático de Derecho en términos de Teoría del Discurso. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Trotta, 1998.

HABERMAS, Jürgen. Constitutional democracy: a paradoxical union of contradictory principles? *Political Theory*, v. 29, n. 6, dec. 2001, pp. 766-781.

HONNETH, Axel. *Critica del potere: La teoria della società in Adorno, Foucault e Habermas*. Trad. Maria Teresa Sciacca. Bari: Dédalo, 2002a.

KIPPER, Délio José, CLOTET, Joaquim. Princípios da Beneficência e Não Maleficência. In: COSTA, Sérgio I. Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coord.). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

LEPARGNEUR, Hubert. A dignidade humana, fundamento da bioética e seu impacto para a eutanásia. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (org.). *Fundamentos da bioética*. 2 ed. São Paulo: Paulus, 2002.

LOLAS, Fernando. *Bioética*. Trad. Milton Camargo Mota. São Paulo: Loyola, 2001.

MARCHI, Maria M., SZTAJN, Rachel. Autonomia e heteronomia entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. In: *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 1, 1998.

MARTIN, Leonard M.. O Código brasileiro de ética médica e os direitos do doente na fase final da AIDS. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (org.). *Fundamentos da bioética*. 2 ed. São Paulo: Paulus, 2002.

MORAES, José Luís Bolzan de. El derecho a la salud: situación en Brasil, s/p. *Cuadernos de Bioética*. Disponível em: <<http://www.bioetica.org/doctrina1.htm>>. Acesso em: 12 de novembro de 2010.

MUÑOZ, Daniel Romero, FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sérgio I. Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

PESSINI, Léo, BARCHIFONTAINE, Christian Paul de. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 2000.

POLAND, S. M. Landmark Legal Cases in Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1997, v 7, n.2, pp. 193-194.

SEGRE, Marco, SILVA, Franklin Leopoldo, SCHRAMM, Fermin R.. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio da autonomia. In: *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 1, 1998.

SOUZA, Tadeu Carama. *O consentimento informado na atividade médica e a autonomia do paciente*, s/p. Disponível em : www.carvalho.odo.br/artigos/neril.asp. Acesso em: 03 de novembro de 2010.

ZOBOLI, Elma Lourdes C. P., FRACOLLI, Lislaine A.. Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. In: *Cadernos de Ética em Pesquisa*. Brasília: CONEP, ano IV, n. 8, ago., 2001.

Recebido em 03/09/2015
Aprovado em 28/01/2016

Adriana Campos

Rua Guajajaras, 295, apto 704, Lourdes
CEP: 30.180-105 Belo Horizonte/MG, Brasil
E-mail: adrilaw100@gmail.com

Daniela Rezende de Oliveira

Rua Cobre, 200, Cruzeiro
CEP: 30310-190 Belo Horizonte/MG, Brasil
E-mail: danielarezendeoliveira@yahoo.com.br

