

DOI: 10.33242/rbdc.2022.01.011

VULNERABILIDADE E COMPREENSÃO COMO FUNDAMENTOS DO CONSENTIMENTO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

VULNERABILITY AND UNDERSTANDING AS GROUNDS OF CONSENT IN THE MEDICAL-PATIENT RELATIONSHIP

Ana Thereza Meireles Araújo

Pós-Doutora em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (PPGMS-UFBA). Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pela Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), do Mestrado em Direitos Fundamentais e Alteridade da Universidade Católica do Salvador (UCSal) e da Faculdade Baiana de Direito. Líder do Grupo de Pesquisa Cebid JusBioMed – Direito, Bioética e Medicina. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9623-6103>. *E-mail*: anatherezameirelles@gmail.com.

Liliane Lins-Kusterer

Pós-Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde e Saúde Pública. Livre-Docente em Bioética pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMBUFBA). Doutora em Patologia Humana pelo Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz/Fundação Oswaldo Cruz – BA. Pesquisadora Visitante da EBMSp. Professora em Regime de Dedicção Exclusiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFBA. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (FMB-UFBA). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3736-0002>. *E-mail*: lkusterer@gmail.com.

Rafael Verdival

Mestre em Direitos Fundamentais e Alteridade pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Pós-Graduado em Filosofia e Autoconhecimento: Uso Pessoal e Profissional pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Membro integrante do Grupo de Pesquisa JusBioMed – Direito, Bioética e Medicina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8393-5618>. *E-mail*: rafaelverdival@gmail.com.

Resumo: O presente estudo analisa a importância da compreensão e das vulnerabilidades como elementos fundamentais para a legitimidade do consentimento coletado no âmbito da relação médico-paciente. Trata-se de revisão bibliográfica de natureza qualitativa, cuja proposta de método é a dedução. A simples informação, muitas vezes reduzida ao termo de consentimento escrito, não é suficiente para garantir o pleno exercício da autonomia, já que as vulnerabilidades podem obstar o processo adequado

de assimilação e compreensão do informado. Sendo assim, deve-se entender que a comunicação médico-paciente deve ter alicerce na compreensão.

Palavras-chave: Consentimento. Vulnerabilidade em saúde. Relação médico-paciente. Bioética.

Abstract: The present study analyzes the importance of understanding and vulnerabilities as fundamental elements for the legitimacy of the consent collected within the scope of the doctor-patient relationship. This is a qualitative bibliographic review, whose proposed method is deduction. The simple information, often reduced to the written consent form, is not enough to guarantee the full exercise of autonomy, since the vulnerabilities can impede the adequate process of assimilation and understanding of the informed. Therefore, it must be understood that the doctor-patient communication must be based on understanding.

Keywords: Consent. Health vulnerability. Doctor-patient relationship. Bioethics.

Sumário: **1** Introdução – **2** As dimensões de vulnerabilidade – **3** Informação e consentimento na relação médico-paciente – **4** A compreensão como elemento legitimador do consentimento diante das vulnerabilidades – **5** Conclusão – Referências

1 Introdução

O consentimento é um elemento que representa a valorização da autonomia do paciente e a superação de um modelo expressivamente paternalista. O médico, hoje, é um profissional, portador de conhecimento especializado, que deve dialogar com o seu paciente, ajudando-lhe a tomar decisões relativas à sua própria saúde de maneira consciente e informada. Essa relação precisa representar, de fato, um vínculo mútuo que envolve deveres e direitos humanos concernentes a ambas as partes.

Nesse contexto, a informação é o fundamento para o consentimento. Só é possível consentir quando se tem consciência acerca das circunstâncias ínsitas ao caso clínico. Assim, o paciente precisa expressar sua vontade após assimilar conhecimentos associados a diagnósticos, prognósticos, riscos, benefícios e tratamentos. A ação do médico, por sua vez, perpassa pela aferição do consentimento do paciente, tradicionalmente oficializado pelo termo de consentimento livre e esclarecido, documento assinado, cuja principal função é a garantia de segurança quanto às decisões e condutas que envolvem os sujeitos da relação.

Entendendo o paciente como um sujeito que pode agregar diversas vulnerabilidades, decorrentes da ausência de conhecimento técnico ou de limitações relacionadas a seu quadro de saúde, tem-se como proposta analisar a medida de importância da compreensão da informação e das vulnerabilidades pessoais para legitimar o consentimento no âmbito da relação médico-paciente.

Propõe-se uma reflexão sobre a ideia de vulnerabilidade a partir de suas diversas dimensões. Entende-se que a condição de vulnerável não é singular, mas,

sim, uma ideia complexa e plural. A investigação do processo de consentimento na relação demanda a análise do exercício da autonomia, que deve ter, como pressuposto, o acesso adequado à informação. Conseqüentemente, buscou-se também demonstrar que a compreensão se mostra fundamental à legitimidade do consentimento informado, uma vez que o simples ato de informar não deve ser suficiente para legitimar um verdadeiro consentimento. Isso porque, para que uma informação tenha importância, é preciso que o seu receptor a compreenda.

A pesquisa é uma revisão bibliográfica, consubstanciando-se através de um levantamento de artigos publicados em periódicos jurídicos e da área de saúde, bem como livros e documentos legais, todos com abordagens relacionadas aos elementos centrais: informação, consentimento, vulnerabilidade e relação médico-paciente. Foram utilizados periódicos indexados pela Capes, pela base de dados *PubMed*, além da *Revista Bioética* do Conselho Federal de Medicina e outros periódicos internacionais.

A abordagem metodológica é dedutiva, na medida em que buscaram-se analisar, por meio de processo interpretativo, os fundamentos que são aptos a legitimar a obtenção do consentimento livre e esclarecido, tendo em vista a necessidade de que a manifestação da autonomia revele as condições pessoais reais do indivíduo que a exerce. Por dedução, a pesquisa visou descortinar a fragilidade da obtenção de termos de consentimento que não partam da necessidade de aferir as condições de vulnerabilidades dos sujeitos que consentem. Com isso, também foi necessário partir do fato de que a informação é um dever recíproco e o médico, por vezes, também pode estar inserido em situação que revele a sua condição de vulnerabilidade.

2 As dimensões de vulnerabilidade

A ideia de vulnerabilidade representa uma temática fundamental e complexa para os estudos da bioética. Trata-se de um conceito relacionado a problemas envolvendo pessoas, em certas situações ou condições, que demandam soluções ligadas à responsabilidade moral. Não obstante, apesar da relevância do tema, parece haver uma espécie de “subteorização” do conceito de vulnerabilidade.¹ Por conta disso, muitas vezes o termo acaba tendo seu significado reduzido a questões relacionadas ao paternalismo médico-científico, quando deve envolver

¹ ROGERS, Wendy; MACKENZIE, Catriona; DODDS, Susan. Why bioethics needs a concept of vulnerability. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, v. 5, n. 2, p. 11-38, 2012. p. 13. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/10.2979/intjfamappbio.5.2.11?seq=1#metadata_info_tab_contents. Acesso em: 2 abr. 2021.

um complexo de situações que demandam reflexões filosóficas, éticas, médicas e jurídicas.

O estudo sobre vulnerabilidades pode ser iniciado a partir de sua concepção etimológica, cujo sentido se perpetua em quaisquer acepções do termo. A palavra “vulnerabilidade” deriva do radical latino *vulnus*, que significa “ferida”. Conforme Maria do Céu Patrão Neves, vulnerabilidade pode ser “irredutivelmente definida como susceptibilidade de ser ferido”. Porém, é possível que o termo assumam significados mais específicos dependendo do contexto envolvendo sua enunciação ou, até mesmo, da evolução do pensamento bioético.²

Identificar e compreender as vulnerabilidades é então tarefa que envolve uma esfera multidisciplinar, tendo em vista estar relacionada com aspectos de interseção entre as áreas da filosofia, da medicina e da ética. A ideia de vulnerabilidade representa, dessa forma, um conteúdo desafiador, já que a palavra é usada, comumente, para designar condições pessoais subjetivas distintas e nem sempre aferíveis com facilidade.

Na relação médico-paciente, a vulnerabilidade começa a ser pensada através do Relatório de Belmont, finalizado em 1978.³ Trata-se de um documento, elaborado por uma comissão nacional nos Estados Unidos, cujo principal objetivo foi identificar princípios básicos a serem observados no âmbito das investigações e experiências envolvendo seres humanos. O conteúdo principiológico do relatório é a base da bioética principialista, matriz teórica expressivamente conhecida em todo o mundo entre os bioeticistas.⁴

A proposta do Relatório de Belmont resulta na elaboração de três princípios éticos básicos que devem ser observados para garantir a segurança dos vulneráveis. O primeiro princípio é o respeito pela autonomia dos indivíduos, aqui compreendida a partir da ideia de consentimento livre e esclarecido, que depende da informação, compreensão e vontade do sujeito. O segundo princípio, por sua vez, diz respeito à beneficência, ou seja, a exigência de se buscar a otimização do maior benefício ao paciente, minimizando os possíveis prejuízos. Por fim, o terceiro princípio é o da justiça, entendida em sua perspectiva distributiva, propiciada pela ideia de distribuição equitativa.⁵

² NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. p. 158. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 29 abr. 2021.

³ THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Belmont Report*, 1978. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>. Acesso em: 29 abr. 2021.

⁴ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. p. 159-160. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 29 abr. 2021.

A ideia de uma bioética principiológica, lançada pelo Relatório de Belmont, é aprofundada por Tom Beauchamp e James Childress, em sua já clássica obra *Principles of biomedical ethics*, de 1979. Conforme afirma Maria de Céu Patrão Neves, na bioética principialista, os autores defendem que a vulnerabilidade inerente a pessoas e grupos populacionais deve ser combatida através do reforço à aplicação do consentimento livre e informado. Assim, a necessidade de se proteger determinados grupos vulneráveis, como pessoas institucionalizadas, etnias minoritárias, mulheres ou grupos socialmente desfavorecidos, é uma realidade que precisa integrar substancialmente a proposta da bioética. Passa-se, dessa forma, a encarar a vulnerabilidade a partir de sua função adjetivante, ou seja, como qualificação de pessoas e populações.⁶

A ideia de vulnerabilidade vai ganhando importância na medida em que se potencializam relações “envolvendo saúde, autonomia e vida humanas”. Essa evolução se constrói em um contexto de necessária observação da vulnerabilidade como elemento inerente à existência da vida, “considerando que pessoas desiguais precisavam ser tratadas na medida dessa desigualdade”,⁷ e que essa desigualdade deve ser reconhecida como fundamento para a ação ética.

Construir a tipologia das vulnerabilidades é uma missão difícil e que foi contemplada ao longo dos estudos em bioética em diversas partes do mundo. As classificações, conforme cada autor ou matriz, podem apontar nomes distintos, mas revelam, em maioria, conteúdos semelhantes, já que apontam as diferentes formas de concretização da vulnerabilidade a partir das realidades individuais.

Trazendo classificação mais específica para os tipos de vulnerabilidade, Kenneth Kipnis estabelece uma taxonomia bioética que identifica os tipos com base na capacidade que o indivíduo tem de consentir. Nesse sentido, o filósofo propõe seis tipos de vulnerabilidade: cognitiva; jurídica; de deferência; médica; de alocação; de infraestrutura.⁸ A vulnerabilidade cognitiva refere-se à habilidade de compreender uma informação e, a partir disso, tomar decisões, se fazendo presente, por exemplo, em razão de algum grau de imaturidade ou patologia psiquiátrica. A jurídica é caracterizada quando há a submissão de alguém à autoridade legal de

⁶ NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. p. 160. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 29 abr. 2021.

⁷ MEIRELLES, Ana Thereza. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: CONPEDI (Org.). *Biodireito e direitos dos animais*. XXVI Encontro Nacional do Conpedi. Florianópolis: Conpedi, 2018. p. 19. Disponível em: <http://conpedi.daniloir.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe30bVLU.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

⁸ KIPNIS, Kenneth. Vulnerability in research subjects: A bioethical taxonomy. In: NATIONAL BIOETHICS ADVISORY COMMISSION (NBAC). *Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants*. Volume II: Rockville, MD: Commissioned Papers, 2001. Disponível em: <https://aapcho.org/wp/wp-content/uploads/2012/02/Kipnis-VulnerabilityinResearchSubjects.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

outrem. A vulnerabilidade de deferência se estabelece quando a submissão ocorre em virtude da influência subjetiva ou posição de autoridade de um indivíduo perante outro. A médica é manifestada quando o sujeito se torna vulnerável por conta do comprometimento de sua condição de saúde ou acometimento por uma grave enfermidade. A vulnerabilidade de alocação de recursos e bens resta manifestada quando o indivíduo não tem o acesso adequado à educação, moradia e cuidados de saúde, e a de infraestrutura é revelada pela ausência do desenvolvimento de pesquisas e estudos científicos.

Levando em conta a complexidade do conceito e do sentido, pode-se compreender que, seja qual for o contexto no qual a vulnerabilidade estiver sendo pensada, sempre haverá algo relacionado à capacidade do ser de ser ferido. Ao se pensar vulnerabilidade, deve-se ter em mente que há no sujeito uma condição que o torna suscetível de ser ferido, condição que pode se manifestar de formas distintas.

A vulnerabilidade pode ser pensada em suas funções adjetiva e subjetiva. A função adjetiva é caracterizadora, ou seja, tem o objetivo de qualificar determinados grupos e pessoas, diferenciando-os de outras parcelas da população e expressando uma condição provisória que demanda a expressão da autonomia através da prática do consentimento informado.⁹ Na ótica da função adjetiva da vulnerabilidade, pessoas ou grupos, em determinadas circunstâncias, podem “ter seus interesses prejudicados por outras pessoas”, o que implica a caracterização de sua condição vulnerável. É no âmbito da função adjetiva que a vulnerabilidade no meio biomédico e de experimentação com seres humanos passa a ser objeto de atenção.¹⁰

A função subjetiva, por sua vez, descreve uma condição comum à espécie humana, marcada pela universalidade. Ao invés de elemento de diferenciação, como na função adjetiva, o aspecto subjetivo faz da vulnerabilidade fator de igualdade entre todos. Para além da autonomia, demanda-se responsabilidade e solidariedade.¹¹ Esse fator universal e inerente à condição humana é compreendido por Kemp e Rendtorff a partir das noções de finitude e mortalidade, comuns a qualquer indivíduo.¹² Uma vez que a vulnerabilidade, em sua função subjetiva, está

⁹ NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. p. 165. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 29 abr. 2021.

¹⁰ VASCONCELOS, Camila. *Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 76.

¹¹ NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. p. 166. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 29 abr. 2021.

¹² KEMP, Peter; RENDTORFF, Jacob. Princípio da vulnerabilidade. In: HOTTOIS, Gilbert; MISSA, Jean-Noel. *Nova Enciclopédia da Bioética: medicina, ambiente, tecnologia*. Tradução de Maria Carvalho. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 687-692.

intrinsecamente conectada à condição humana, constitui-se, então, em elemento irreduzível e inalienável.¹³

As funções adjetiva e subjetiva da vulnerabilidade revelam as dimensões para sua compreensão adequada no âmbito da relação entre médicos e pacientes. Ambos os sujeitos devem ser universalmente concebidos como seres vulneráveis (a partir da dimensão subjetiva) e circunstancialmente concebidos como vulneráveis considerando a dimensão adjetiva, já que é este o sítio de conformação das subjetividades que podem agravar a capacidade de manifestação de autonomia e a tomada de decisões.

A identificação das dimensões adjetiva e subjetiva da vulnerabilidade consegue chamar a atenção para a amplitude de significados do conceito estudado. Nesse sentido, a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, ao consagrar, em seu art. 8º, o “respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal”¹⁴ como um dos seus princípios basilares, corrobora o entendimento proposto por Maria do Céu Patrão Neves. Isso porque, no conteúdo do referido dispositivo, há referência tanto ao respeito à “vulnerabilidade humana”, em uma perspectiva subjetiva, universal e inerente à condição de ser pessoa, quanto à proteção específica dos “indivíduos e grupos particularmente vulneráveis”, revelando o viés adjetivo da ideia.¹⁵

A vulnerabilidade, então, pode ser concretizada a partir das duas dimensões mencionadas, em especial, considerando que a dimensão subjetiva pode revelar ainda distintas categorias ou tipos de fundamentos. É preciso ter em mente que é possível a incidência simultânea das diferentes formas de vulnerabilidade, e, por esse motivo, pode-se estabelecer sua compreensão a partir do que Flórcia Luna denomina como “capas” ou camadas.¹⁶ Essas capas ou camadas representam os diferentes aspectos da vulnerabilidade que podem se manifestar conjuntamente sobre um mesmo sujeito.

Dessa forma, é necessário compreender que pensar sobre vulnerabilidade envolve levar em consideração sua dinamicidade e flexibilidade. Nesse contexto, a vulnerabilidade seria formada por várias capas, que poderiam se sobrepor umas

¹³ VASCONCELOS, Camila. *Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 79.

¹⁴ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, 2005. p. 8. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/imagenes/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2021.

¹⁵ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, 2005. p. 8. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/imagenes/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2021.

¹⁶ LUNA, Flórcia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, 2008. Disponível em: http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metáfora_de_las_capas.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

às outras, de maneira que se faz possível a incidência simultânea de diferentes categorias ou tipos de vulnerabilidades em um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos. Assim, por exemplo, enquanto uma dessas “vulnerabilidades” se relacionaria com problemas do consentimento informado, outra estaria associada a circunstâncias sociais.¹⁷

Quando se analisa a metáfora das capas, nota-se que a flexibilidade que Luna atribui ao conceito de vulnerabilidade é circunstancial. Em outras palavras, aquilo que é compreendido como vulnerabilidade, em verdade, depende da situação e do contexto envolvidos. Conforme a autora, não se trata de um rótulo que pode ser categoricamente aplicado em virtude da manifestação de certas circunstâncias e que persistirá para sempre. Há, sim, um elemento fluido e dinâmico, que se revela à medida em que as circunstâncias pessoais são descortinadas. Sendo assim, ninguém deve ser concebido como a todo tempo em condição de vulnerabilidade em seu sentido adjetivo, mas, sim, em certo contexto.¹⁸

Levando em consideração as diferentes dimensões da vulnerabilidade, torna-se possível perceber a relevância da temática, afinal, todo aquele que se encontra vulnerável enfrenta obstáculo no pleno exercício da própria dignidade. Entre as variadas esferas da vida humana passíveis de ser feridas, destaca-se a relação médico-paciente. A vulnerabilidade na relação médico-paciente se manifesta em pacientes com maior ou menor grau de autonomia. Um paciente pode estar vulnerável por conta de um eventual acometimento patológico, que pode ter caráter adjetivo e transitório. É uma condição temporária, cujo termo condicional é a doença.

Há, no entanto, outras vulnerabilidades circunscritas à relação que são reveladas por aspectos técnicos, sociais e econômicos.

Joachim Boldt destaca que, em muitos casos, a vulnerabilidade física decorrente de uma doença se manifesta juntamente com a vulnerabilidade emocional daquele paciente acometido pela enfermidade. O diagnóstico de uma doença crônica grave ou a perspectiva de terminalidade vêm acompanhados de sentimentos como medo, desespero e raiva, que, inclusive, estendem-se a amigos e familiares do paciente. Em situações ainda mais gravosas, é possível, até mesmo, o surgimento de uma vulnerabilidade cognitiva.¹⁹

¹⁷ LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, 2008. p. 7-8. Disponível em: http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metafora_de_las_capas.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

¹⁸ LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, 2008. p. 8-9. Disponível em: http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metafora_de_las_capas.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

¹⁹ BOLDT, Joachim. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, v. 14, n. 6, 2019. p. 3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975177/#:~:text=While%20the%20ethical%20role%20of,that%20are%20regarded%20as%20valuable>. Acesso em: 6 abr. 2021.

O cuidado dos médicos em explicar aos pacientes os fatos relacionados à doença, a partir de uma preocupação com a efetiva compreensão, ameniza a vulnerabilidade emocional e cognitiva provavelmente presente.²⁰ A comunicação adequada consiste, então, em elemento central para que se possa lidar com diferentes vulnerabilidades no contexto da relação médico-paciente.

Para compreender o papel fundamental da comunicação na relação médico-paciente, deve-se levar em consideração que a vulnerabilidade se concretiza através da capacidade de assimilação de diversas informações e realidades. A subjetividade que justifica a condição de vulnerabilidade das pessoas (aqui, no sentido do complexo de características e condições de cada realidade pessoal) aponta para a dificuldade em pragmatizar comandos normativos para a sua proteção. Os comandos normativos não devem se esquivar da contemplação da “vulnerabilidade como um pressuposto a ser considerado no desenvolvimento das relações jurídicas e no deslinde de possíveis conflitos”.²¹ A relação médico-paciente representa um contrato e, conseqüentemente, também precisa ser pensada a partir dos pressupostos de uma relação jurídica.

Sendo a relação médico-paciente uma das inúmeras relações intersubjetivas existentes, é lógico pensar que é ela caracterizada, também, pela vulnerabilidade das partes. A partir da vulnerabilidade enquanto expressão da condição humana, tanto o médico quanto o paciente são, em sua essência, vulneráveis universalmente. É essa a primeira noção de vulnerabilidade que deve funcionar como um *standard* ou estigma a ser lembrado quando celebrada a relação de natureza médica.²²

Não obstante, considerando as múltiplas categorias de vulnerabilidade em sua dimensão adjetiva, é comum que o paciente seja concebido como mais vulnerável do que o médico, pois, além de não ser detentor do conhecimento técnico, também, enfrenta o problema da compreensão do discurso.²³ Esse *status* assimétrico da relação resulta na maior vulnerabilidade do paciente, que, exposto a um

²⁰ BOLDT, Joachim. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, v. 14, n. 6, 2019. p. 3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975177/#:~:text=While%20the%20ethical%20role%20of,that%20are%20regarded%20as%20valuable>. Acesso em: 6 abr. 2021.

²¹ MEIRELLES, Ana Thereza; ALEGRIA, Livia. A vulnerabilidade social dos sujeitos HIV positivo: a alteridade como fundamento para a mitigação do estigma. *Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva*, n. 37. p. 77-93, jan./abr. 2019. p. 80. Disponível em: <https://revistas.newtonpaiva.br/redcunp/wp-content/uploads/2020/03/DIR37-05.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

²² MEIRELLES, Ana Thereza. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: CONPEDI (Org.). *Biodireito e direitos dos animais*. XXVI Encontro Nacional do Conpedi. Florianópolis: Conpedi, 2018. p. 20. Disponível em: <http://conpedi.daniloir.info/publicacoes/Ods65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe3ObVLU.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

²³ VASCONCELOS, Camila. *Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 65.

conhecimento que não domina, pode tornar-se um mero “espectador que assiste ao seu tratamento de saúde”.²⁴

A compreensão do conceito de vulnerabilidade, em suas diversas dimensões, permite ir além do simples atendimento às necessidades físicas do indivíduo. Quando se identifica em quais perspectivas o paciente está vulnerável, consegue-se construir uma assistência médica adequada. Em verdade, identificar vulnerabilidades é descortinar a fragilidade emocional e cognitiva daquela pessoa acometida com alguma enfermidade.²⁵ Assim, passa-se a entender cuidados em saúde não apenas como o fornecimento do aparato técnico-terapêutico, mas como um conjunto de ações direcionadas ao restabelecimento do bem-estar físico, emocional e cognitivo do paciente.

A comunicação adequada é o meio justo para desenvolver a relação médico-paciente a partir das vulnerabilidades constatadas. Porém, para que essa comunicação seja legítima, é preciso que o paciente compreenda as informações que lhe são fornecidas. Cabe, então, comunicar a informação em paralelo à preocupação em aferir a compreensão.

3 Informação e consentimento na relação médico-paciente

O contínuo desenvolvimento da humanidade, seja em sua perspectiva histórica, social, cultural ou científica, é caracterizado pela mudança. É concebível que as formas de interação entre sujeitos sejam modificadas, progressivamente, em razão das constantes transformações das relações humanas. Em outras palavras, as mudanças na maneira com que os seres humanos pensam e agem implicam a modificação de suas relações intersubjetivas, o que inclui a relação médico-paciente.

A informação ocupa posição protagonista na construção das relações em saúde. Na perspectiva do paciente, é através da informação que este se torna capaz de exercer sua autonomia com plenitude, através da manifestação de suas decisões, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. A comunicação eficiente permite que o paciente identifique o complexo de possibilidades inerentes à sua condição de saúde, o que envolve as consequências do assentimento ou

²⁴ VASCONCELOS, Camila. *Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 66.

²⁵ BOLDT, Joachim. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, v. 14, n. 6, 2019. p. 4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975177/#:~:text=While%20the%20ethical%20role%20of,that%20are%20regarded%20as%20valuable.> Acesso em: 6 abr. 2021.

da recusa, por exemplo, de um tratamento.²⁶ Já na ótica do médico, a informação permite compreender com clareza a situação do paciente, viabilizando, também, a escolha adequada dos protocolos terapêuticos a serem adotados. Dessa maneira, há de se compreender que o dever de informação deve ser previamente posto como recíproco,²⁷ cabendo ao paciente, também, a responsabilidade de informar corretamente ao profissional todos os fatos relacionados à sua condição de saúde, como hábitos, uso de medicamentos e tratamentos anteriormente realizados.²⁸

O dever de informação contribui para o esclarecimento dos riscos decorrentes do tratamento e dos prejuízos e benefícios da hospitalização. É necessária clareza no que tange ao prognóstico, quadro clínico, possibilidade cirúrgica e todos os atos que possam simbolizar alternativas terapêuticas relevantes, ponderando, naturalmente, a pertinência da informação destinada conforme cada sujeito.²⁹

É através da informação que o paciente toma ciência dos fatos que envolvem sua saúde. A assimilação desse conhecimento, por sua vez, permite que condição de vulnerabilidade técnica daquele indivíduo seja diminuída. Consequentemente, a assimetria entre médico e paciente também diminui, uma vez que este paciente passa a ter elementos que permitem a execução de ação que tem natureza autônoma.³⁰ Dotado da compreensão da informação, o paciente adquire a capacidade de consentir.

O consentimento informado está diretamente relacionado à informação e à autonomia da vontade do paciente, constituindo um dos elementos mais importantes da relação. Essa ideia de autonomia, por sua vez, não deve ser confundida com a capacidade civil prevista no Código Civil brasileiro, que estabelece, mediante alguns critérios, normas para categorizar normativamente sujeitos plenamente capazes, relativamente capazes e incapazes.

²⁶ MEIRELLES, Ana Thereza. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: CONPEDI (Org.). *Biodireito e direitos dos animais*. XXVI Encontro Nacional do Conpedi. Florianópolis: Conpedi, 2018. p. 15. Disponível em: <http://conpedi.daniloir.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe30bVLU.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

²⁷ MEIRELLES, Ana Thereza; FERNANDES, Lyellen Silva. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 10, n. 1, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/645>. Acesso em: 2 abr. 2021.

²⁸ MEIRELLES, Ana Thereza. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: CONPEDI (Org.). *Biodireito e direitos dos animais*. XXVI Encontro Nacional do Conpedi. Florianópolis: Conpedi, 2018. p. 15. Disponível em: <http://conpedi.daniloir.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe30bVLU.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

²⁹ TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. In: TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. t. II, p. 90.

³⁰ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013. p. 101.

Tom Beauchamp e James Childress, autores da bioética principialista, definem autonomia como a capacidade de se autodeterminar, sem interferências ou limitações externas, inclusive de terceiros, que possam, de alguma maneira, impedir o livre exercício da vontade do sujeito. Em outras palavras, o agir autônomo seria aquele que é livre, desimpedido e de acordo com um plano pessoal. É justamente essa noção de autonomia, vinculada a elementos que se originam nas condições de vulnerabilidade (como as motivações para não compreender previamente a informação técnica), que precisa ser adotada quando construído termo de consentimento.

A noção, então, de autonomia precisa restar desvinculada da noção jurídica de capacidade civil. Um adulto, no pleno exercício de sua capacidade civil, ainda assim, pode ter sua autonomia afetada por conta da incidência de uma condição de vulnerabilidade. Essa vulnerabilidade, por sua vez, pode ser consequência tanto de afetações físicas, decorrentes de doença, quanto da submissão ao “poder da técnica de que é detentor uma das partes da relação – o médico/pesquisador”.³¹

A ascensão da autonomia, elemento que emancipa o paciente, é uma resposta ao paternalismo que, por muito tempo, caracterizou a relação, negando “às pessoas autônomas o direito de agir segundo seus próprios valores e decisões”.³² O paternalismo é marcado pela ação independente do médico, que assume a tomada de decisão do paciente, dirigindo-se a este apenas de maneira declarativa, ou seja, a fim de dizer o que deveria ser feito e garantir o cumprimento das instruções.³³

O aspecto paternalista da relação médico-paciente é classificado, segundo Veatch, como um modelo sacerdotal.³⁴ Isso porque, nesse modelo, o médico passa a assumir uma posição de balizador moral na relação, de modo que o paciente recebe uma decisão pronta, contendo toda a carga valorativa já atribuída pelo médico, que deve apenas ser acatada. Assim, no modelo paternalista, a decisão era tomada pelo profissional de saúde, independentemente da compreensão do paciente.

Essa resposta à intervenção médica paternalista, responsável por reestruturar a própria relação entre médico e paciente, ocorre na medida em que o acesso à informação ascende. A ação autônoma, livre e desembaraçada, para ser legítima, demanda a assimilação de informações.

³¹ AGUIAR, Mônica. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. *Revista de Biodireito e Direito dos Animais*, v. 2, n. 1. p. 70-85, jan./jun. 2016. p. 73-74. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/273/pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

³² FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea*. São Paulo: Loyola, 2005. p. 125.

³³ BARBOSA, Heloísa Helena. Responsabilidade civil em face das pesquisas em seres humanos: efeitos do consentimento livre e esclarecido. In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 224.

³⁴ VEATCH, Robert. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *The Hasting Center Report*, v. 2, n. 3, jun. 1972. p. 5-7. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3560825>. Acesso em: 2 abr. 2021.

Há movimento normativo nítido que reconhece a importância de considerar a decisão autônoma do paciente como fator de relevância dentro da relação. O Código Civil, por exemplo, em seu art. 15, reconhece o direito de recusa terapêutica.³⁵ Essa preocupação encontra espaço, também, no art. 24 do Código de Ética Médica que assevera ser defeso ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.³⁶ O art. 31 veda ao médico interferir na livre decisão do paciente, ou do seu representante, quanto “a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.³⁷ Ainda, no art. 42, fica proibido ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método”.³⁸ Registre-se, também, que a recusa a tratamentos médicos foi regulamentada por resoluções do Conselho Federal de Medicina. A Resolução nº 2.232/2019³⁹ estabelece normas sobre a recusa terapêutica por pacientes e sobre a objeção de consciência concernente à relação. A Resolução nº 1.995/2012 estabelece regras sobre as diretivas antecipadas de vontade, instrumento de formalização da recusa a tratamentos médicos em situações de terminalidade.⁴⁰

Quanto ao consentimento informado. É necessário atentar para requisitos importantes. O primeiro requisito parte do fato de que o sujeito que consente deve ser capaz de compreender e decidir.⁴¹ Isso significa que o indivíduo deve

³⁵ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 29 abr. 2021.

³⁶ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 25. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

³⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 27. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

³⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 28. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

³⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção I, p. 269-270, 31 ago. 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 29 abr. 2021.

⁴⁰ MEIRELLES, Ana Thereza; LINS-KUSTERER, Liliane. Pressupostos fundamentais da recusa a tratamento médico na assistência à saúde. *Revista da AGU*, v. 19, n. 4, p. 69-90, out./dez. 2020. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_boletim_2006/Rev-AGU_v.19_n.04.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

⁴¹ GOLDIM, José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 46, n. 3-4, p. 109-116, jul./dez. 2002. p. 110.

apreender as informações, interpretá-las, entender suas implicações e, a partir disso, tomar decisões conscientes e bem fundamentas. O segundo requisito, por sua vez, parte do fato de que, além dessa aptidão para compreender e decidir, é preciso que haja voluntariedade. Ou seja, a tomada de decisão desse sujeito deve ser livre. Não pode incidir qualquer coação ou constrangimento que influenciem o ato decisório. Os dois requisitos devem ser formados através de informações concedidas por meio de linguagem acessível, estando o profissional disponível para o esclarecimento de dúvidas.

A informação é o ponto de partida para o consentimento, que, por sua vez, representa a legítima expressão da autonomia do sujeito. Cabe, então, ao médico não apenas informar ao paciente sobre questões relacionadas ao tratamento da doença em si, mas aconselhá-lo a decidir dando-lhe ciência do real contexto no qual está inserido, sempre com a “melhor diligência e cuidado”.⁴²

A relação médico-paciente se baseia na confiança. O objetivo dessa relação é assegurar que a saúde de um sujeito seja promovida da melhor maneira possível. Para a formação desse alicerce de confiança, é preciso que as partes envolvidas na relação desenvolvam uma comunicação em via dupla. Ou seja, médico e paciente, através do diálogo, devem promover a troca de informações com eficiência, ouvindo, falando, intervindo e construindo o diálogo. Através dessa troca de informações entre médicos e pacientes, o exercício da medicina consegue se afastar da impessoalidade,⁴³ passando a traduzir uma relação de maior proximidade, pautada na proposta de alteridade.⁴⁴

Se, por um lado, o diálogo e a informação contribuem positivamente para o desenvolvimento da relação entre médicos e pacientes, por outro, o distanciamento comunicativo gera o efeito contrário. Em um estudo realizado com 200 pacientes de Aracajú/SE, com o objetivo de conhecer as percepções desses sujeitos quanto à sua relação com os médicos, constatou-se que a principal queixa diz respeito à ausência de conversa e atenção dos médicos durante o atendimento. Segundo a análise das percepções do paciente, um bom atendimento é aquele que inclui “escuta, diálogo, atenção ao que é dito”.⁴⁵ Nota-se que, antes de uma

⁴² KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. p. 33.

⁴³ ANNAS, George. Informed consent: charade or choice? *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 45, n. 1, p. 10-11, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1073110517703096>. Acesso em: 8 abr. 2021.

⁴⁴ NEVES, Maria do Céu Patrão. Alteridade e deveres fundamentais: uma abordagem ética. *Revista Alteridade e Direitos Fundamentais*, v. 1, n. 1. p. 69-86, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.uccsal.br/index.php/direitosfundamentaisalteridade/article/view/429/348>. Acesso em: 29 abr. 2021.

⁴⁵ SOUZA, Yanne Viana *et al.* Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. *Revista Bioética*, v. 28, n. 2, 2020. p. 341. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2138. Acesso em: 8 abr. 2021.

relação técnica, deve haver uma relação intersubjetiva pautada na comunicação e na informação.

O importante papel desempenhado pela informação e pela comunicação reverbera na legitimidade do consentimento, considerado como um dos elementos primordiais da relação médico-paciente. Assim como o diálogo é construído gradativamente, o consentimento não pode ser entendido apenas como a assinatura de um termo. O preenchimento burocrático de um documento não implica, necessariamente, a assimilação de um conhecimento e na desembaraçada expressão de uma vontade. O ato de consentir é um processo gradativo, que deve ter um percurso de compreensão que antecede o ato de assinar um documento.⁴⁶

Para que um consentimento possa ser considerado informado, paciente precisa ter compreendido a informação concedida.⁴⁷ Apenas quando o paciente compreende todas as variáveis relacionadas à sua condição de saúde é que se torna possível afirmar que há, de fato, um consentimento entre as partes envolvidas na prática do ato médico.⁴⁸

Sendo assim, no contexto da relação médico-paciente, torna-se fundamental entender porque a compreensão da informação representa um elemento fundamental para legitimar o consentimento, levando em consideração as vulnerabilidades envolvidas no processo.

4 A compreensão como elemento legitimador do consentimento diante das vulnerabilidades

Embora o registro do consentimento na relação médico-paciente ocorra através da assinatura de um termo, não é a existência de um documento escrito que vai garantir que há, de fato, uma decisão autônoma, e, portanto, compreendida, por parte do paciente. Isso porque, para que o sujeito possa consentir, é necessário que haja a plena compreensão das circunstâncias que envolvem sua condição de saúde: questões como diagnóstico, prognóstico, tratamentos e riscos.

⁴⁶ QUINTANA TRÍAS, Octavi. *Bioética y consentimiento informado*. In: CASADO, Maria (Ed.). *Materiales de bioética y derecho*. Barcelona: Cedecs Editorial, 1996.

⁴⁷ MEIRELLES, Ana Thereza. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: CONPEDI (Org.). *Biodireito e direitos dos animais*. XXVI Encontro Nacional do Conpedi. Florianópolis: Conpedi, 2018. p. 18. Disponível em: <http://conpedi.daniloir.info/publicacoes/0ds65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe30bVLU.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

⁴⁸ BERNATE OCHOA, Francisco. Deber de información, consentimiento informado y responsabilidad en el ejercicio de la actividad médica. In: GÓMEZ LOBO, Alirio; DELGADO, Óscar. *Ideas políticas filosofía y derecho: el maestro: liber amicorum en homenaje a Alirio Gómez Lobo*. Bogotá: Universidad del Rosario, 2006.

A construção adequada da compreensão, por sua vez, demanda, por parte do médico, o domínio de técnicas de comunicação que viabilizem esse diálogo com o paciente, garantindo-lhe que toda aquela informação seja efetivamente assimilada. A fim de auxiliar o aperfeiçoamento comunicativo, é possível observar algumas diretrizes e utilizar alguns métodos que contribuem para a formação de um estilo de comunicação mais eficiente e pessoal entre médicos e pacientes.

Primeiramente, deve-se conceber a noção de ação comunicativa, proposta por Habermas,⁴⁹ na medida em que o conteúdo a ser comunicado não represente apenas a esfera objetiva da informação, mas, ao mesmo tempo, as circunstâncias sociais e pessoais que, evidentemente, interagem diante da capacidade de compressão do discurso.

Travaline, Ruchinskas e D'Alonzo apontam que, antes da informação ser dada, é preciso perguntar sobre o que os pacientes já sabem e o que já compreendem. Após o estabelecimento do ponto de partida, baseado no conhecimento prévio do sujeito, deve-se identificar o que aquele paciente quer saber, qual o seu limite. Durante todo o processo de comunicação, é preciso observar se o paciente demonstra sinais de compreensão. Para tanto, pode-se verificar se o paciente faz perguntas ou comentários pertinentes ao assunto explicado ou se aparenta confusão.⁵⁰

Disso resulta que o processo de comunicação da informação não pode estar dissociado da pessoalidade, já que deve caber ao profissional da saúde a preocupação com a percepção sobre as reações do paciente. O objetivo é imprimir ao cumprimento do dever de informar a característica da individualização, em prol da observação das vulnerabilidades do sujeito.

Tomando o cuidado de checar o nível de entendimento do paciente, os médicos devem construir a comunicação de maneira empática, prestando atenção às emoções e reações do indivíduo, conduzida por uma linguagem simples, direta, clara e verdadeira. A sinceridade, inclusive, deve ocorrer sem que haja minimização do impacto do que está sendo dito – sendo preferível a utilização de termos objetos do que eufemismos. Por outro lado, é também importante que haja um tom esperançoso na fala do médico, ao menos no que se refere a comprometimento com o maior conforto e menor sofrimento do paciente. Como a comunicação médico-paciente deve ser recíproca, o médico, também, deve estar preparado para eventuais reações daquele paciente ao que está sendo exposto na conversa.⁵¹

⁴⁹ HABERMAS, Jürgen. *Teoria do agir comunicativo*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

⁵⁰ TRAVALINE, John; RUCHINSKAS, Robert; D'ALONZO, Gilbert. Patient-physician communication: why and how. *Journal of Osteopathic Medicine*, v. 105, n. 1, p. 13-18, jan. 2005. p. 15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15710660/>; Acesso em: 9 abr. 2021.

⁵¹ TRAVALINE, John; RUCHINSKAS, Robert; D'ALONZO, Gilbert. Patient-physician communication: why and how. *Journal of Osteopathic Medicine*, v. 105, n. 1, p. 13-18, jan. 2005. p. 16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15710660/>; Acesso em: 9 abr. 2021.

Relações intersubjetivas não são regidas por fórmulas prontas ou máximas universais. Cada ser humano é único e traz consigo valores que individualizam sua conduta e sua autocompreensão. Por conta disso, não é razoável dizer que, sempre que diretrizes de comunicação forem seguidas, a compreensão do paciente será assegurada. Por outro lado, o desenvolvimento de habilidades como percepções empáticas, linguagem corporal, utilização adequada de vocabulário contribuem, sim, para a maximização dos efeitos do diálogo. Da mesma forma, é aconselhável evitar algumas “armadilhas”, como: a) usar jargões; b) não dar importância aos problemas relatados pelos pacientes; c) não ouvir o paciente; d) não verificar constantemente se o paciente está entendendo o que está sendo dito; e) portar-se de maneira impessoal ou apática durante a comunicação; f) mostrar-se inacessível ao paciente.⁵²

Como sinalizado, sabe-se que as técnicas que sugerem a conformação adequada da informação, com o objetivo de que ela seja corretamente compreendida, não são infalíveis. É necessário tê-las como ferramentas capazes de mudar contextos desfavoráveis à possibilidade de compreensão, quando se está diante das vulnerabilidades.

É elementar levar em consideração que “a compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas não se esgota no domínio de uma técnica, mas implica a necessidade de uma formação mais ampla nas ciências humanas, o que vai se expressar nas atitudes, posturas e condutas adotadas nessa relação”.⁵³ A construção da relação adequada entre médicos e pacientes demanda uma formação ao longo do curso “que permita ao futuro profissional ter uma postura não somente ética, mas com uma profunda dimensão de solidariedade, necessária para lidar com o sofrimento humano”.⁵⁴

As vulnerabilidades e a capacidade de compreensão se tornam elementos legitimadores do consentimento coletado na relação médico-paciente porque refletem uma realidade individualizada, ou seja, reveladora de diversos contingenciamentos que se originam no campo social.

⁵² TRAVALINE, John; RUCHINSKAS, Robert; D'ALONZO, Gilbert. Patient-physician communication: why and how. *Journal of Osteopathic Medicine*, v. 105, n. 1, p. 13-18, jan. 2005. p. 17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15710660/>; Acesso em: 9 abr. 2021.

⁵³ SUCUPIRA, Ana Cecília. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 619-635, set./dez. 2007. p. 3. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2007.v11n23/624-627/pt>. Acesso em: 29 abr. 2021.

⁵⁴ SUCUPIRA, Ana Cecília. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 619-635, set./dez. 2007. p. 3. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2007.v11n23/624-627/pt>. Acesso em: 29 abr. 2021.

5 Conclusão

Identificar e compreender as múltiplas dimensões da vulnerabilidade humana torna-se fundamental ao processo de construção do consentimento dentro da relação médico-paciente. A dimensão universal da vulnerabilidade iguala ontologicamente todas as pessoas, ou mesmo, todos os seres vivos. A especificação das vulnerabilidades aponta para a necessidade de observar as realidades distintas, o que envolve questões sociais e econômicas, além de situações como a condição de doente.

A vulnerabilidade, então, deve passar a representar um elemento a ser observado no âmbito da relação entre médicos e pacientes, já que ela é capaz de obstar a capacidade de compreensão destes. Ser vulnerável é uma condição, muitas vezes, obstativa da capacidade de compreender.

Atenuar a condição de vulnerabilidade pressupõe o encontro de alternativas que sejam capazes de promover a adequada comunicação da informação. O dever de informação, dentro da relação, não pode restar desassociado da aferição da capacidade de compreensão do paciente. Qualquer informação precisa, então, ser revelada a partir do contexto empático de preocupação com a compreensão do destinatário do conteúdo informado.

Os termos de consentimento não devem, dessa forma, representar uma realidade burocratizada e defensiva da relação, mas, a construção solidária de um processo comunicativo vital. A reconfiguração do processo de construção dos consentimentos repercutirá nas demandas judiciais crescentes que envolvem a relação entre médicos e pacientes, na medida em que os cuidados éticos e jurídicos com os deveres contratuais serão adequadamente observados.

Referências

AGUIAR, Mônica. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. *Revista de Biodireito e Direito dos Animais*, v. 2, n. 1. p. 70-85, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/273/pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

ANNAS, George. Informed consent: charade or choice? *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 45, n. 1, p. 10-11, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1073110517703096>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BARBOSA, Heloísa Helena. Responsabilidade civil em face das pesquisas em seres humanos: efeitos do consentimento livre e esclarecido. In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BERNATE OCHOA, Francisco. Deber de información, consentimiento informado y responsabilidad en el ejercicio de la actividad médica. *In: GÓMEZ LOBO, Alirio; DELGADO, Óscar. Ideas políticas filosofía y derecho: el maestro: liber amicorum en homenaje a Alirio Gómez Lobo.* Bogotá: Universidad del Rosario, 2006.

BOLDT, Joachim. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, v. 14, n. 6, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975177/#:~:text=While%20the%20ethical%20role%20of,that%20are%20regarded%20as%20valuable>. Acesso em: 6 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.* Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção I. p. 269-270, 31 ago. 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 29 abr. 2021.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea.* São Paulo: Loyola, 2005.

GOLDIM, José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 46, n. 3-4, p. 109-116, jul./dez. 2002.

HABERMAS, Jürgen. *Teoria do agir comunicativo.* São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

KEMP, Peter; RENDTORFF, Jacob. Princípio da vulnerabilidade. *In: HOTTOIS, Gilbert; MISSA, Jean-Noel. Nova Enciclopédia da Bioética: medicina, ambiente, tecnologia.* Tradução de Maria Carvalho. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

KIPNIS, Kenneth. Vulnerability in research subjects: A bioethical taxonomy. *In: NATIONAL BIOETHICS ADVISORY COMMISSION (NBAC). Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants.* Volume II: Rockville, MD: Commissioned Papers, 2001. Disponível em: <https://aapcho.org/wp/wp-content/uploads/2012/02/Kipnis-VulnerabilityinResearchSubjects.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, 2008. Disponível em: http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacin/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metáfora_de_las_capas.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza. A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. *In: CONPEDI (Org.). Biodireito e direitos dos animais.* XXVI Encontro Nacional do Conpedi. Florianópolis: Conpedi, 2018. p. 19. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/Ods65m46/kz37jz13/KIL5YD8yCe30bVLU.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza; ALEGRIA, Lívia. A vulnerabilidade social dos sujeitos HIV positivo: a alteridade como fundamento para a mitigação do estigma. *Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva*, n. 37. p. 77-93, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://revistas.newtonpaiva.br/redcunp/wp-content/uploads/2020/03/DIR37-05.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza; FERNANDES, Lyellen Silva. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 10, n. 1, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/645>. Acesso em: 2 abr. 2021.

MEIRELLES, Ana Thereza; LINS-KUSTERER, Liliane. Pressupostos fundamentais da recusa a tratamento médico na assistência à saúde. *Revista da AGU*, v. 19, n. 4, p. 69-90, out./dez. 2020. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-AGU_v.19_n.04.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Alteridade e deveres fundamentais: uma abordagem ética. *Revista Alteridade e Direitos Fundamentais*, v. 1, n. 1. p. 69-86, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisealteridade/article/view/429/348>. Acesso em: 29 abr. 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 29 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2021.

QUINTANA TRÍAS, Octavi. Bioética y consentimiento informado. In: CASADO, Maria (Ed.). *Materiales de bioética y derecho*. Barcelona: Cedecs Editorial, 1996.

ROGERS, Wendy; MACKENZIE, Catriona; DODDS, Susan. Why bioethics needs a concept of vulnerability. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, v. 5, n. 2, p. 11-38, 2012. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/10.2979/intjfemappbio.5.2.11?seq=1#metadata_info_tab_contents. Acesso em: 2 abr. 2021.

SOUZA, Yanne Viana *et al.* Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. *Revista Bioética*, v. 28, n. 2, 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2138. Acesso em: 8 abr. 2021.

SUCUPIRA, Ana Cecília. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23. p. 619-635, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2007.v11n23/624-627/pt>. Acesso em: 29 abr. 2021.

TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. In: TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. t. II.

THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Belmont Report*, 1978. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>. Acesso em: 29 abr. 2021.

TRAVALINE, John; RUCHINSKAS, Robert; D'ALONZO, Gilbert. Patient-physician communication: why and how. *Journal of Osteopathic Medicine*, v. 105, n. 1, p. 13-18, jan. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15710660/>: Acesso em: 9 abr. 2021.

VASCONCELOS, Camila. *Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

VEATCH, Robert. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *The Hasting Center Report*, v. 2, n. 3, jun. 1972. p. 5-7. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3560825>. Acesso em: 2 abr. 2021.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; LINS-KUSTERER, Liliâne; VERDIVAL, Rafael. Vulnerabilidade e compreensão como fundamentos do consentimento na relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil*, Belo Horizonte, v. 31, n. 1, p. 275-295, jan./mar. 2022. DOI: 10.33242/rbdc.2022.01.011.

Recebido em: 04.05.2021

Aprovado em: 28.06.2021