

PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO: CONTORNOS SOBRE A ATUAÇÃO DO MÉDICO E EXERCÍCIO ADEQUADO DO DIREITO DE NÃO SABER

Itanaina Lemos Rechmann¹

Lucas Macedo Silva²

RESUMO: A partir de meados do século XX, o princípio bioético da autonomia passou a ser alçado como concretizador da personalidade humana, de modo que a informação ganhou uma posição de protagonismo dentro da relação médico-paciente. O dever de informar foi instituído nas searas ético-profissional e legal, sendo a regra geral o imperativo de fornecer todas as informações necessárias para o consentimento livre e esclarecido do paciente. No entanto, há situações que o referido dever deve ser limitado, por voluntariedade do próprio paciente ou pela utilização do privilégio terapêutico. O presente artigo tem, então, o objetivo geral de explorar a temática para buscar os contornos de um uso apropriado das hipóteses de limitação do direito à informação.

Palavras-chave: dever de informar; direito de não saber; privilégio terapêutico; autonomia do paciente.

1 INTRODUÇÃO

Quando se analisa o histórico da relação médico-paciente, nota-se que houve um translado do papel da informação em meados do século XX, o qual passou a ocupar uma posição de protagonismo dentro da assistência em saúde.

Com o rompimento dos moldes paternalistas que concediam ao médico o poder decisório absoluto sobre o tratamento do paciente, a autonomia, na qualidade de princípio bioético, ascendeu como elemento concretizador da própria personalidade humana.

A partir daí, o dever de informar foi instituído como dever ético e legal dos profissionais médicos, como um caminho de garantir o substrato necessário para que o paciente possa agir de forma verdadeiramente autônoma.

Nesse contexto, para ser adimplido, o direito à informação exige muito mais do que a mera exposição dos aspectos técnicos relativos ao tratamento do paciente, contemplando, em verdade, o estabelecimento de uma efetiva comunicação por meio do uso de uma linguagem clara, acessível e adaptada à compreensão do paciente.

¹ Doutoranda em Direito (UFBA). Mestra em Direito, na área de concentração Direitos Fundamentais e Justiça (UFBA). Especialista em Direito Médico e Bioética (UNIFACS). Especialista em Direito Público (UNIFACS). Bacharela em Direito com Diploma de Honra ao Mérito (UNIFACS). Advogada. Escritora. Autora do livro “Participação Social no SUS e Acesso Humanizado aos Procedimentos de Complexidade”. E-mail: itana.rechmann@hotmail.com.

² Especialista em Direito Público (Faculdade Baiana de Direito e Gestão). Especialista em Direito Processual Civil (Faculdade Damásio). Bacharel em Direito (UNIFACS). Conselheiro Seccional e Secretário Geral da Comissão Especial de Direito Médico e da Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional Bahia (OAB/BA). Advogado Dativo do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB). Advocacia especializada. E-mail: contato@lucasmacedo.adv.br.

O presente artigo destina-se à análise acerca dos limites ao direito à informação, buscando averiguar, no estado atual, a existência de exceções ao dever geral de informar e os termos pelos quais deveria ser viabilizado o exercício de tais ressalvas.

A abordagem será recortada pela influência do princípio bioético da autonomia dentro da relação médico-paciente e a conseqüente concretização de um direito à autodeterminação informativa.

É necessário que se analise a questão de modo profundo para buscar quais requisitos devem ser atendidos para que o direito à informação possa ser mitigado, seja em decorrência de pedido do paciente ou da atuação do profissional.

Observando esse extenso panorama temático, o presente trabalho, muito embora não intente encerrar o debate, busca compreender de que forma as exceções ao dever de informar podem ser exercidas em consonância com a ética profissional e a legislação pátria.

Já adentrando no campo majoritariamente dogmático, outras questões guiarão o presente estudo. Uma delas se refere ao direito do paciente de optar por não tomar conhecimento das informações do próprio tratamento e de que forma essa decisão é interpretada pelos parâmetros bioéticos e legais. Além disso, será enfrentada a permissão concedida pelo art. 34 do Código de Ética Médica, notadamente sobre o que se denomina de privilégio terapêutico.

Por último, haveria que se problematizar os termos para que os atos que comportem reservas ao dever de informar possam ser exercidos de forma ética e lícita, no sentido de consagrar o agir autônomo do paciente e de afastar eventual responsabilização do profissional médico.

De um lado, deverá ser delimitado o espaço de autonomia do paciente, a ser respeitado e não ultrapassado pelo profissional, pois, do contrário, afrontar-se-ia a dignidade do paciente. De outro, será importante traçar até que ponto o médico pode interferir na seara individual do paciente, retirando-lhe o direito de conhecer determinada informação.

Muito embora não intente o esgotamento da matéria, o artigo busca sistematizar o conhecimento já produzido acerca dos assuntos correlacionados e introduzi-los dentro dos paradigmas contemporâneos que regem a relação médico-paciente.

Cumprido salientar que o tema ainda está em construção doutrinária e jurisprudencial, de modo que esse trabalho intenta fomentar o aprofundamento na temática, diante da relevância da informação na assistência em saúde. As posições doutrinárias apresentadas, entretanto, não vinculam a pesquisa à adoção de alguma delas como absoluta ou correta, servindo, em verdade, como fontes instigadoras para a melhor apresentação do tema.

2 A INFORMAÇÃO COMO DEVER E DIREITO: PERSPECTIVAS SOB A ÓTICA DO MÉDICO E DO PACIENTE

O direito à informação é constitucionalmente previsto no art. 5º, XIV, o qual assegura a todos os brasileiros e estrangeiros no país o acesso à informação, resguardado o sigilo da fonte, e se encontra inserido no capítulo dos direitos e deveres individuais e coletivos na qualidade de direito fundamental autônomo³.

Do ponto de vista infraconstitucional, tem-se que o legislador consagrou um amplo e geral dever de informar, que é encontrado em todo o ordenamento jurídico, consagrando a informação como um importante subsídio para a concretização de direitos⁴.

No que se relaciona com a relação médico-paciente, sem adentrar à discussão doutrinária acerca da sua natureza jurídica, a informação é o ponto central para a obtenção do consentimento livre e esclarecido, que, por sua vez, decorre dos direitos da personalidade da autodeterminação corporal e de respeito à intimidade⁵.

Nesta senda, o direito à informação ganha caracterização e proteção típicas dos direitos da personalidade, sendo pertencente a todas as pessoas naturais indistintamente, intransmissível, irrenunciável e inalienável.

Além disso, a informação adequada e clara é arrolada como direito básico do consumidor, no art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor⁶. Pelo ordenamento jurídico, o médico, na qualidade de prestador de serviços, deve informar adequadamente o paciente, sob pena de incorrer em ato ilícito e eventualmente ser responsabilizado pelo descumprimento da prestação informacional.

Na seara ético-profissional, o Código de Ética Médica⁷, ao tratar a relação com pacientes e familiares na primeira parte do art. 34, veda ao médico a conduta de “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento [...]”.

Nesse sentido, o imperativo ético atribui ao médico um dever geral de informação, visando ao esclarecimento do paciente acerca do seu quadro clínico. O propósito da norma

³ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 26 abr. 2021.

⁴ SCAFF, Fernando Campos. *Direito à saúde no âmbito privado: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde*. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

⁵ Ibid.

⁶ BRASIL. *Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm>. Acesso em: 26 abr. 2021.

⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2017 e 2.226/2019*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

indica para a segurança do paciente, no sentido de garantir o exercício da sua autonomia e evitar a ocorrência de danos eventualmente ocasionados por responsabilidade do profissional por condutas omissivas e/ou comissivas.

Acerca do conteúdo da informação, a suspeita diagnóstica representa um ponto de extrema relevância para guiar toda a conduta médica, sendo, em alguns procedimentos, o objeto principal do contrato. O raciocínio clínico-diagnóstico parte inicialmente da anamnese e do exame físico do paciente. Há também situações em que o quadro apresentado não possibilita um diagnóstico conclusivo, de modo que podem se fazer necessários exames complementares para colaborar na averiguação das hipóteses diagnósticas iniciais ou outros esclarecimentos porventura pertinentes⁸.

A partir disso, a conduta médica deve observar o dever de informar, contemplando, por exemplo, os aspectos relativos ao prognóstico, que se constitui como os desfechos esperados ou possíveis da enfermidade. Essa informação deve contemplar também dados sobre o conhecimento técnico-científico da Medicina no que diz respeito à duração, evolução, sintomas, terapêuticas, dentre outras questões da doença. Tudo isso com vistas a munir o paciente de informações sobre o próprio quadro clínico para que possa exercer a sua autonomia e também para possibilitar o seu planejamento pessoal, afetivo ou patrimonial⁹.

Nos casos em que houver alternativas de tratamento, a informação também se apresenta essencial para que o paciente, devidamente ciente das vantagens e dos riscos de cada possibilidade terapêutica, consiga manifestar, de forma livre e consciente, o seu entendimento acerca do tratamento ao qual pretende se submeter¹⁰.

Vê-se então que o dever de informar do médico corresponde a um direito, titularizado pelo paciente, à informação. A informação ocupa, portanto, um espaço de absoluta relevância na relação médico-paciente.

Em termos práticos, o caminho encontrado para buscar a concretude do dever de informar foi por meio da obtenção do consentimento informado do paciente ou de seu representante legal. O consentimento informado representa o exercício da autonomia do paciente, que poderá discordar ou aquiescer com a terapêutica proposta pelo médico a partir da

⁸ BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

própria compreensão e assimilação dos efeitos do tratamento e das suas reais condições físicas e psíquicas¹¹.

Cria-se, por meio do art. 22 do Código de Ética Médica, o dever ético-profissional do médico de obter o consentimento do paciente ou de quem o represente, após assegurar o direito humano pertinente ao esclarecimento acerca do procedimento a ser realizado¹².

Nesse mesmo sentido, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos¹³ eleva a autonomia e o consentimento ao status de princípios a serem respeitados na tomada de decisões e quando da necessidade de intervenção médica:

Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

Artigo 6 – Consentimento

a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

Nos casos de maior complexidade ou risco grave ao paciente, costuma-se exigir que a prestação da informação seja documentada também na forma escrita, por meio do denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Por óbvio, a lavratura do documento escrito não exime o profissional de realizar a efetiva comunicação das informações de forma oral, sendo o registro escrito um documento complementar no sentido de facilitar a compreensão efetiva do paciente sobre sua realidade fática e a fiscalização dos órgãos administrativos e judiciais acerca do cumprimento do dever médico.¹⁴⁻¹⁵

No aspecto qualitativo da informação, é preciso ressaltar que as informações deverão ser prestadas em linguagem acessível ao paciente, no sentido de buscar a melhor compreensão

¹¹ ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles. *A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade*. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI Salvador/BA. Biodireito e direitos dos animais. Organização: CONPEDI/UFBA. Coordenadores: Ana Thereza Meirelles Araújo; Mônica Neves Aguiar da Silva; Heron José de Santana Gordilho. Florianópolis: CONPEDI, 2018.

¹² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2017 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

¹³ UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

¹⁴ BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

¹⁵ ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; 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. Brasília, 10(1): jan./mar. 2021. p. 149-164.

possível da mensagem transmitida. A comunicação deve levar em consideração aspectos psicossociais do indivíduo, tais como idade, contexto socioeconômico e cultural, acesso à educação formal, grau de discernimento, dentre outros.¹⁶⁻¹⁷

Para que o consentimento seja considerado válido e afaste a incidência de infração ética ou ilícito civil, é preciso que o paciente, capaz e dotado de autonomia para decidir, obtenha do médico informações claras, completas e verdadeiras sobre benefícios, riscos, efeitos colaterais, possíveis eventos adversos e demais fatos importantes acerca da terapêutica proposta¹⁸.

A partir da compreensão dessas informações necessárias às suas escolhas é que o paciente estará materialmente dotado das condições necessárias para exercer a sua autodeterminação¹⁹, consentindo e assumindo os efeitos positivos e negativos do tratamento²⁰.

Na transmissão das informações, o médico deverá avaliar, dentre outros fatores, a fragilidade do paciente, a graveza da enfermidade que o acomete e o seu prognóstico, para buscar a melhor forma de apresentar a frequência, previsibilidade e seriedade de eventuais riscos e fatores adversos atinentes ao tratamento²¹.

Consoante dispõe o art. 15 do Código Civil, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”²², de modo que munir o paciente de tais informações se revela como uma decorrência imediata da aplicação dos princípios da liberdade e da autodeterminação²³.

No que diz respeito aos termos quantitativos, a informação a ser prestada pelo médico não deverá sofrer alterações por fatores subjetivos e individuais do paciente. Isto porque não se pode relativizar o exercício de um direito fundamental em virtude de condições particulares, como, por exemplo, idade, marcos culturais, padrões sociais, qualificação profissional etc. Desse modo, pode-se afirmar que a quantidade da informação será a mesma independentemente do sujeito-paciente. O médico deverá transmitir a mesma informação a um paciente com

¹⁶ BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

¹⁷ PORTO, Ana Paula Azevêdo Sá; ARARUNA, Simone Bezerra Pontes. O dever de informar na perspectiva da relação médico-paciente atual: análise à luz da dignidade da pessoa humana e do direito à autodeterminação do paciente. *Revista de Biodireito e Direitos dos Animais*. e-ISSN: 2525-9695. Curitiba, v. 2, n. 2, jul./dez. 2016. p. 196-217.

¹⁸ BERGSTEIN, op. cit.

¹⁹ PORTO; ARARUNA, op. cit.

²⁰ BERGSTEIN, op. cit.

²¹ Ibid.

²² BRASIL. *Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso em: 26 abr. 2021.

²³ PORTO; ARARUNA, op. cit.

formação universitária ou a outro que não tenha tido acesso à educação formal, sendo certo que a adaptação necessária será relativa à linguagem e não à quantidade²⁴.

Ainda sobre a quantidade de informação, cabe a ressalva de que o dever de informar, para ser efetivamente cumprido, não indica que o profissional descarregue sobre o paciente informações em excesso e desnecessárias, que pouco contribuiriam para a compreensão ou até dificultariam o tratamento. O excesso de esclarecimentos técnicos e probabilísticos pode ensejar dúvidas e sensação de insegurança no paciente, o que pode fazer com que a sua decisão seja tomada com base em dados não tão importantes²⁵.

Nesse diapasão, além da insuficiência e da deficiência, a demasia da informação também compromete a eficiência da transmissão e se constituiria como um efetivo vício comunicativo²⁶.

Não há uma definição apriorística que aponte exatamente a amplitude e a forma de transmissão das informações para todo e qualquer paciente.

Nesse sentido, a ideia de se buscar padrões médios de conduta do profissional e do paciente pode vir a engessar a comunicação e a desconsiderar individualidades fundamentais para a prestação do serviço de saúde, o que se relevaria frontalmente contrário aos próprios princípios bioéticos que sustentam a noção de consentimento informado. O dever médico é, então, analisar casuisticamente as condições clínica e psicossocial do paciente para delimitar esses aspectos relativos à informação, sempre tendo como vetor de orientação a consagração da autonomia²⁷.

A noção de responsabilidade profissional está intimamente associada ao cumprimento dos deveres de cuidado.

No caso do dever de informar, é possível afirmar que, costumeiramente, a responsabilidade recai majoritariamente no médico assistente, por ser o profissional com maior contato com o paciente e que detém a qualificação técnica para traçar as hipóteses diagnósticas e terapêuticas. No entanto, o dever geral de informação também pode ser exigido dos demais integrantes da equipe médica, do corpo de enfermagem ou de outros profissionais da equipe multidisciplinar que tenham prestado assistência ao paciente, exigência que ocorrerá nos limites de suas respectivas atuações²⁸.

²⁴ BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 144.

²⁵ BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 142.

²⁶ TOMASETTI JUNIOR, A. Objetivo de transparência e o regime jurídico dos deveres e riscos de informação nas declarações negociais para consumo. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, n. 4, p. 52-90, 1993.

²⁷ BERGSTEIN, op. cit.

²⁸ Id. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

Em complemento ao dever de informar do médico, surge para o paciente o direito à informação sobre sua saúde, como uma decorrência lógica dos direitos fundamentais à liberdade e ao acesso à informação, previstos no art. 5º, II e XIV, da Constituição Federal de 1988. Isto porque o exercício da autodeterminação do paciente, uma das vertentes da liberdade, requer que o paciente esteja munido das informações necessárias para a tomada de decisão. A título exemplificativo, atendendo ao mandamento constitucional, a Lei Federal n. 8.080/90, em seu art. 7º, V, apresenta o direito à informação como um dos princípios norteadores das ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde²⁹.

Nesta senda, cabe salientar que o direito à informação não exime o paciente do dever de prestar informações adequadas, completas e verídicas para o profissional de saúde, para que ele possa, a partir da análise dos dados obtidos, levantar as suas suspeitas diagnósticas, possibilidades terapêuticas e pautar a sua conduta doravante. Há, então, um dever de cooperação no contexto da relação médico-paciente que decorre do princípio da boa-fé objetiva, consagrado pelo Código Civil e exigível em toda e qualquer relação contratual³⁰.

Vê-se que a exigibilidade de uma conduta médica adequada está condicionada ao fornecimento adequado das informações por parte do paciente. De um lado, o paciente deve informar assertivamente o profissional sobre questões envolvendo sintomas, condições psicossociais, ocorrência de fatos etc. Por outro, o médico deve informar ao paciente sobre o seu quadro clínico, observando os aspectos já expostos anteriormente.³¹⁻³² Nesse contexto, a máxima que impera é a de que, “na relação médico-paciente, aquele que detém a informação tem o dever de prestá-la”³³:

A informação é um elemento imprescindível à formação da relação médico-paciente, pois é propositora da capacidade de ponderação do paciente em perceber benefícios ou prejuízos relacionados à sua condição de saúde, e esclarecedora também ao médico, cabendo ao paciente não esconder do profissional as informações concernentes à sua situação de saúde.³⁴

²⁹ BRASIL. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 abr. 2021.

³⁰ PORTO, Ana Paula Azevêdo Sá; ARARUNA, Simone Bezerra Pontes. O dever de informar na perspectiva da relação médico-paciente atual: análise à luz da dignidade da pessoa humana e do direito à autodeterminação do paciente. *Revista de Biodireito e Direitos dos Animais*. e-ISSN: 2525-9695. Curitiba, v. 2, n. 2, jul./dez. 2016.

³¹ ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles. *A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade*. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI Salvador/BA. Biodireito e direitos dos animais. Organização: CONPEDI/UFBA. Coordenadores: Ana Thereza Meirelles Araújo; Mônica Neves Aguiar da Silva; Heron José de Santana Gordilho. Florianópolis: CONPEDI, 2018.

³² ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; 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*. Brasília, 10(1): jan./mar. 2021. p. 149-164.

³³ PORTO; ARARUNA, op. cit.

³⁴ ARAÚJO, op. cit.

Considerando o interesse do paciente na melhor prestação do serviço de saúde possível, caberá a ele prestar ao médico as informações que se fizerem necessárias para que este, por sua vez, detentor do conhecimento técnico, tenha as condições adequadas de identificar a enfermidade e propor as terapêuticas que forem pertinentes.³⁵⁻³⁶

Com efeito, o fornecimento das informações necessárias pelas partes mitigará os riscos envolvidos na relação médico-paciente, porquanto ambos estarão munidos dos dados para tomar suas decisões. Do ponto de vista do profissional, o médico estará apto a propor e conduzir os procedimentos em saúde, como a requisição de exames e a prescrição de medicamentos, e, do âmbito do paciente, este poderá exercer a sua autonomia, por meio do consentimento livre e esclarecido³⁷.

Como dito, se, de um lado, o médico deve prestar ao paciente as informações acerca do seu quadro de saúde, de modo a viabilizar o exercício do consentimento informado acerca dos tratamentos e cuidados que lhe são propostos, por outro, o paciente, destinatário dessas informações, também tem o dever de munir o médico de todo e qualquer dado que possa influenciar na decisão técnica do profissional de saúde, o que inclui não apenas a indicação dos sintomas, mas também seu histórico familiar e de vida.³⁸⁻³⁹

Caracterizada a bilateralidade do dever de informar, torna-se possível partir para a análise do exercício da autonomia do paciente, sobretudo em relação aos casos que compreendem o direito a não saber e o privilégio terapêutico.

3 O DIREITO DE NÃO SABER COMO COROLÁRIO DA AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE

Se antes do século XX a Medicina se pautava em uma visão paternalista, por meio da qual o médico, por se tratar do detentor do conhecimento científico, tomava as decisões sobre o estado de saúde do paciente, atualmente a autonomia ocupa um espaço de centralidade na

³⁵ BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

³⁶ ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; 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*. Brasília, 10(1): jan./mar. 2021. p. 149-164.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

³⁹ PORTO, Ana Paula Azevêdo Sá; ARARUNA, Simone Bezerra Pontes. O dever de informar na perspectiva da relação médico-paciente atual: análise à luz da dignidade da pessoa humana e do direito à autodeterminação do paciente. *Revista de Biodireito e Direitos dos Animais*. e-ISSN: 2525-9695. Curitiba, v. 2, n. 2, jul./dez. 2016. p. 196-217.

relação médico-paciente. O direito à informação emerge como condição necessária para a liberdade de escolha e para o agir autônomo. Consolidando um modelo contratualista, o médico assume a responsabilidade por apresentar os caminhos técnicos possíveis e o paciente exerce o poder decisório, conforme seus valores.⁴⁰⁻⁴¹

O acesso à informação, ampliado sobretudo por força da globalização e da revolução digital, deu espaço à “medicina que reconhece e valoriza a autonomia do paciente” que passa a possuir “liberdade de pensamento e encontra-se livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas”⁴².

Desse modo, o paciente tem o condão de, segundo suas convicções pessoais confrontadas com as informações passadas pelo profissional médico, exercer a autonomia, concordando ou não sobre submissão a determinadas terapêuticas, procedimentos de saúde, realização de exames, utilização de medicamentos, dentre outros. O paciente passa a protagonizar, portanto, o próprio processo terapêutico⁴³.

Há que se reconhecer que o direito à informação titularizado pelo paciente, consolidado pelos arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica⁴⁴, possui como intuito a garantia do exercício da autonomia. No entanto, é possível que, no exercício do agir autônomo, o paciente opte, voluntária e conscientemente, não saber determinadas informações sobre a sua condição clínica. Uma vez que o paciente possui o direito à informação como decorrência do direito fundamental à liberdade, o qual possibilita a autodeterminação corporal nos termos entendidos pelas suas convicções pessoais, o mesmo raciocínio deve ser aplicado ao paciente que escolhe não ter conhecimento das informações, abrindo mão do exercício desse direito à personalidade para essa situação específica⁴⁵.

É importante situar o direito de não saber como exercício do direito à privacidade, notadamente referente à proteção da intimidade da pessoa de não ser importunada por interferências externas e não solicitadas. O entendimento acerca do conteúdo do direito à

⁴⁰ ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; 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*. Brasília, 10(1): jan./mar. 2021. p. 149-164.

⁴¹ CORREA MARTÍNEZ, CÉSAR A. Límites al derecho de acceso a la información clínica em los casos de estado necesidad terapêutica y anotaciones subjetivas. Especial Referencia al sistema español. *Via Inveniendi Et Iudicandi* [on-line]. e-ISSN: 1909-0528. Bogotá, 2013, 8(2), 33-52. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560258674003>. Acesso em: 22 abr. 2021.

⁴² ARAÚJO; FERNANDES, op. cit.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2017 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

⁴⁵ BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 148.

privacidade tem se modificado na contemporaneidade para compreender a autodeterminação informativa, concebendo ao titular o controle das suas informações pessoais até para, eventualmente, optar por não tomar conhecimento delas. Tratar-se-ia, portanto, de uma prerrogativa negativa, uma vez que há exclusão de determinadas informações da esfera privada do indivíduo⁴⁶.

Nesse contexto, cabe a ressalva de que a possibilidade de o paciente renunciar à informação não se confunde com a recusa terapêutica. No caso do direito a não saber, o paciente renuncia apenas o acesso às informações que seriam passadas pelos profissionais, mas pode desejar receber o tratamento proposto⁴⁷. A título exemplificativo, o paciente pode aquiescer com a realização de determinado exame e optar por não saber o resultado.

O paciente detém o direito de decidir não ser informado sobre as questões que envolvem o seu estado de saúde, podendo, inclusive, transferir ao médico ou a terceiros o poder decisório sobre os caminhos a serem seguidos. Nessa hipótese, a manifestação de vontade do paciente deve ser respeitada, ainda que diverja da visão do profissional ou da família⁴⁸. No entanto, para que a renúncia seja considerada válida, mostra-se necessário o cumprimento de alguns requisitos.

O direito à renúncia da informação, para ser exercido, deve refletir uma manifestação clara e inequívoca do paciente, não sendo aceitável que o médico pressuponha unilateralmente que o paciente não quer receber as informações. Bergstein defende a possibilidade de a renúncia ser tácita, baseada no comportamento adotado pelo titular do direito⁴⁹. No entanto, tal hipótese deve ser vista com o devido cuidado, já que a análise de um comportamento pode ensejar diferentes interpretações. O profissional, caso haja qualquer grau de dúvida sobre a efetiva manifestação de vontade, deve indagar o paciente para que este possa esclarecer a sua real intenção.

No Brasil, a discussão acerca do direito de não saber é recente e ganhou ênfase em 2011 a partir do julgamento, pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ, do REsp n.º 1.195.995 – São Paulo. Nessa ocasião, a Terceira Turma da Corte negou provimento ao recurso, ressaltando a impossibilidade de indenização por danos morais e materiais decorrente da realização de exame anti-HIV não solicitado cujo resultado permitiu ao paciente optar pela sujeição ou não ao

⁴⁶ MULHOLLAND, Caitlin. *O direito de não saber como decorrência do direito à intimidade*. Disponível em: <<https://www.responsabilidadecivil.org/single-post/2018/03/29/o-direito-de-n%C3%A3o-saber-como-decorr%C3%Aancia-do-direito-%C3%A0-intimidade>>. Acesso em: 30 maio 2021.

⁴⁷ BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 147.

⁴⁸ SCHREIBER, Anderson. *Direitos da personalidade*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2013, p. 55.

⁴⁹ BERGSTEIN, op. cit.

tratamento. O entendimento foi embasado na supremacia do interesse público, o qual, no caso em tela, seria o de não disseminação do vírus⁵⁰:

RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAME DE HIV NÃO SOLICITADO, POR MEIO DO QUAL O PACIENTE OBTVEU A INFORMAÇÃO DE SER SOROPOSITIVO - VIOLAÇÃO AO DIREITO À INTIMIDADE - NÃO OCORRÊNCIA - INFORMAÇÃO CORRETA E SIGILOSA SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE - FATO QUE PROPORCIONA AO PACIENTE A PROTEÇÃO A UM DIREITO MAIOR, SOB O ENFOQUE INDIVIDUAL E PÚBLICO - RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.

I - O direito à intimidade, não é absoluto, aliás, como todo e qualquer direito individual. Na verdade, é de se admitir, excepcionalmente, a tangibilidade ao direito à intimidade, em hipóteses em que esta se revele necessária à preservação de um direito maior, seja sob o prisma individual, seja sob o enfoque do interesse público. Tal exame, é certo, não prescinde, em hipótese alguma, da adoção do princípio da dignidade da pessoa humana, como princípio basilar e norteador do Estado Democrático de Direito, e da razoabilidade, como critério axiológico;

II - Sob o prisma individual, o direito de o indivíduo não saber que é portador do vírus HIV (caso se entenda que este seja um direito seu, decorrente da sua intimidade), sucumbe, é suplantado por um direito maior, qual seja, o direito à vida, o direito à vida com mais saúde, o direito à vida mais longa e saudável;

III - Mesmo que o indivíduo não tenha interesse ou não queira ter conhecimento sobre a enfermidade que lhe acomete (seja qual for a razão), a informação correta e sigilosa sobre seu estado de saúde dada pelo Hospital ou Laboratório, ainda que de forma involuntária, tal como ocorrera na hipótese dos autos, não tem o condão de afrontar sua intimidade, na medida em que lhe proporciona a proteção a um direito maior;

IV - Não se afigura permitido, tão-pouco razoável que o indivíduo, com o desiderato inequívoco de resguardar sua saúde, após recorrer ao seu médico, que lhe determinou a realização de uma série de exames, vir à juízo aduzir justamente que tinha o direito de não saber que é portador de determinada doença, ainda que o conhecimento desta tenha se dado de forma involuntária. Tal proceder aproxima-se, em muito, da defesa em juízo da própria torpeza, não merecendo, por isso, guarida do Poder Judiciário;

V - No caso dos autos, o exame efetuado pelo Hospital não contém equívoco, o que permite concluir que o abalo psíquico suportado pelo ora recorrente não decorre da conduta do Hospital, mas sim do fato de o recorrente ser portador do vírus HIV, no que o Hospital-recorrido, é certo, não possui qualquer responsabilidade;

VI - Sob o enfoque do interesse público, assinala-se que a opção de o paciente se submeter ou não a um tratamento de combate ao vírus HIV, que, ressalte-se, somente se tornou possível e, certamente, mais eficaz graças ao conhecimento da doença, dado por ato involuntário do Hospital, é de seu exclusivo arbítrio. Entretanto, o comportamento destinado a omitir-se sobre o conhecimento da doença, que, em última análise, gera condutas igualmente omissivas quanto à prevenção e disseminação do vírus HIV, vai de encontro aos anseios sociais;

VII - Num momento em que o Poder Público, por meio de exaustivas campanhas de saúde, incentiva a feitura do exame anti HIV como uma das principais formas de prevenção e controle da disseminação do vírus HIV, tem-se que o comando emanado desta augusta Corte, de repercussão e abrangência nacional, no sentido de que o cidadão teria o direito subjetivo de não saber que é soropositivo, configuraria indevida sobreposição de um direito individual (que, em si não se sustenta, tal como demonstrado) sobre o interesse público, o que, data maxima venia, não se afigura escorreito;

VII - Recurso Especial improvido.

⁵⁰ BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial n.º 1.195.995 – SP (2010/0098186-7). Relatora: Min. Nancy Andrighi. Relator para acórdão: Min. Félix Fischer. Terceira Turma. Data do julgamento: 22/03/2011. Data da publicação: 06/04/2011.

(REsp 1195995/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Rel. p/ Acórdão Ministro MASSAMI UYEDA, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/03/2011, DJe 06/04/2011)

No caso concreto apreciado, o paciente aduziu ter sido violado o seu direito a não conhecer seu real estado de saúde, uma vez que o exame anti-HIV sequer havia sido solicitado pelo médico. O pleito indenizatório em face do hospital onde os exames foram realizados ancorou-se na alegação de falha na prestação dos serviços do setor de laboratório, na medida em que deixou de informar o resultado do exame anti-HCV requisitado e informou o do exame anti-HIV, no qual constatou ser o paciente soropositivo⁵¹.

No caso narrado, ainda que não se saiba se o paciente adotará as precauções necessárias para evitar a transmissão ou buscar o tratamento, ao menos deu-se a ele a possibilidade de escolher ter ou não certos cuidados consigo e com terceiros⁵².

Aqui, portanto, o limite ao direito de não saber, compreendido pelo Superior Tribunal de Justiça, decorreu tanto do ponto de vista individual, permitindo ao paciente minimizar danos decorrentes do seu estado de saúde, quanto do ponto de vista coletivo, por se tratar de doença transmissível e incurável.

A fundamentação judicial desse julgado deve ser interpretada com o devido cuidado para evitar a perpetuação do entendimento de que o direito à vida é soberano e absoluto, devendo prevalecer em todos os sopesamentos com outros direitos fundamentais. Argumentos como esse tendem a autorizar posturas paternalistas dos profissionais médicos e a reduzir a abrangência do agir autônomo do paciente. Há que se manter em mente que a Constituição Federal de 1988 instituiu a dignidade da pessoa humana como fundamento da República e do Estado Democrático de Direito⁵³, sendo certo que o direito à vida poderá sofrer mitigações quando confrontado com outro direito que contemple em maior grau o aludido fundamento.

Especialmente no caso analisado pelo STJ, a decisão pareceu acertada, até pelo fato de a infecção do HIV estar incluída na “Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública”⁵⁴ e haver interesse público direto na notificação da enfermidade para controle epidemiológico.

⁵¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Recurso Especial n.º 1.195.995 – SP (2010/0098186-7)*. Relatora: Min. Nancy Andrighi. Relator para acórdão: Min. Félix Fischer. Terceira Turma. Data do julgamento: 22/03/2011. Data da publicação: 06/04/2011.

⁵² LOPES, Lucas Miotto. Eu não quero saber! Uma defesa do direito de não saber como independente do direito à privacidade. *Direito, Estado e Sociedade*. Rio de Janeiro, n. 45, p. 82-97, jul./dez. 2014.

⁵³ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 maio 2021.

⁵⁴ Id. Ministério da Saúde. *Portaria n. 264, de 17 de fevereiro de 2020*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html>. Acesso em 12 maio 2021.

Ilustrativamente, em outro contexto, a mesma informação da situação analisada, que se refere ao resultado do exame anti-HIV, poderia não ter sido prestada ao paciente caso este estivesse em estado terminal, com prognóstico de poucos dias de sobrevida e manifestasse a sua vontade de não ser atualizado acerca do seu quadro clínico para morrer em conformidade com o seu parâmetro de dignidade⁵⁵. Nessa hipótese, apesar do interesse público envolvido, entende-se que o direito de não saber deveria ser observado.

Diferentemente do Brasil, onde existe um hiato legislativo acerca do direito de não saber, a Espanha há muito reconhece de forma expressa o direito em comento, conforme se extrai do art. 9.1 da Lei de Autonomia do Paciente, abaixo reproduzido⁵⁶:

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

Com efeito, a legislação espanhola⁵⁷ assegura o direito do paciente a não ser informado, devendo a manifestação de vontade do paciente ser consignada em meio documental. O mesmo dispositivo acima transcrito aponta para a diferença, já abordada nesse capítulo, da renúncia à informação e da recusa terapêutica. Isto porque o próprio texto legislativo expressa a ressalva de que a manifestação do paciente de não receber informação não afasta o dever médico de colher previamente o consentimento para a realização de eventual intervenção.

Antes de poder expressar a sua vontade, o paciente deverá ser informado de que possui o direito de ter informações sobre o próprio tratamento e, a partir disso, fornecer ou não o seu consentimento aos procedimentos propostos. Caso opte por não saber, o paciente deve ser informado de que poderá haver mitigação desse direito quando houver potencial prejuízo à coletividade, a exemplo do diagnóstico de doença infectocontagiosa listada como sendo de notificação compulsória⁵⁸.

⁵⁵ LOPES, op. cit.

⁵⁶ ESPANHA. *Ley de la Autonomía del Paciente*. Ley 41, de 14 de novembro de 2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Departamento de Jefatura del Estado. Publicado em: BOE, n. 274, de 15/11/2002. Estrada em vigor: 16/05/2003. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>. Acesso em: 22 abr. 2021.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

No Brasil, ante a ausência de legislação específica, ainda não há clareza na modelação do dever de informar do médico quando do exercício do direito de não saber do paciente. Indaga-se sobre a prevalência absoluta do sigilo profissional ou se, à luz do dever de informação, o profissional deveria informar aos familiares ou a terceiros relacionados ao paciente⁵⁹. Apesar de não ter a cogência de lei, as normas administrativas servem de amparo para se buscar possíveis soluções para os questionamentos suscitados.

O Código de Ética Médica⁶⁰ institui o sigilo profissional como um dos princípios fundamentais da atuação médica, no Capítulo I, inciso XI. A titularidade do direito à informação nessa seara é do próprio paciente ou do seu representante legal. A vontade do paciente em não receber a informação não enseja de forma automática o dever de o profissional prestar as informações para terceiros, mesmo que sejam familiares. Nessas situações, caso não tenha constituído alguém de sua confiança para receber as informações, o médico deverá observar o sigilo profissional e não revelar o que não foi autorizado pelo paciente.

Naturalmente, o paciente deve ser plenamente informado de que a sua renúncia pode impactar na prestação do consentimento livre e esclarecido e na mitigação de danos que costuma ser promovida no processo informativo.

Diante disso, a manifesta vontade do paciente em não receber a informação poderá até mesmo afastar responsabilização cível do profissional, que restou desobrigado do dever de informar por manifestação autônoma do próprio paciente⁶¹.

Do contrário, caso fosse reconhecida a responsabilidade civil do médico, estar-se-ia chancelando um comportamento contraditório do paciente que, em um momento, expressa a sua renúncia informativa e, posteriormente, intenta obter a reparação de danos esperados e conhecidos que teriam sido informados pelo profissional. O paciente deve compreender e assumir conscientemente esse ônus, arcando com as implicações da sua própria decisão.

Como visto, o direito a não saber, na qualidade de corolário do direito à privacidade, possui o status de direito da personalidade, devendo ser respeitado pelos profissionais médicos como sendo concretização da autonomia do paciente.

No entanto, o pleno exercício desse direito comporta exigências e limitações com o intuito de preservar outros direitos fundamentais e o interesse público.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ CFM. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2017 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

⁶¹ BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

A temática ainda não recebeu a devida atenção do legislador pátrio, motivo que enseja certa insegurança jurídica quanto ao exercício do direito por parte do paciente e ao contorno da atuação profissional para afastar eventual responsabilização civil.

4 A CONFORMAÇÃO ÉTICO-LEGAL PARA O EXERCÍCIO DO PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO

O direito de não saber, tratado anteriormente, se refere a um direito titularizado e exercido pelo próprio paciente, componente de sua gama de direitos da personalidade. Entretanto, o art. 34 do Código de Ética Médica, que institui o dever de informar como compromisso ético-profissional, enfrenta ainda a possibilidade de a informação causar dano ao paciente. Nessa hipótese, o profissional deveria fornecer a informação por intermédio de um representante legal.⁶² Essa prerrogativa é conhecida sob várias nomenclaturas, como mentira terapêutica, mentira piedosa, pacto do silêncio, privilégio terapêutico, e seria um permissivo para que o médico oculte ou modele a informação quando acreditar que essa prestação informacional possa ter efeito adverso no quadro clínico do paciente.⁶³

O privilégio terapêutico constitui-se como uma interferência do médico no campo de autonomia do paciente, de modo que se deve ter bastante cuidado para estabelecer os critérios de sua aplicação. Não havendo parâmetros objetivos, estar-se-ia sendo concedido excessivo espaço para o paternalismo, característica histórica da relação médico-paciente e ultrapassada a partir do século XX. As condutas paternalistas ancoram-se no juramento hipocrático de que o médico deveria empreender todos os esforços em prol da saúde do paciente, segundo sua próprio razão e conhecimento.⁶⁴

Nesta senda, o privilégio terapêutico representa uma conduta, em tese, decorrente dos princípios da beneficência e da não maleficência, constantes da bioética principialista de Beauchamp e Childress. A premissa orienta que o profissional colabore no restabelecimento da saúde sempre com a melhor habilidade e julgamento, sem causar dano ao paciente.⁶⁵ A partir

⁶² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2017 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

⁶³ MACEDO, Juliana Lopes de. *A mentira terapêutica e o silenciamento do idoso e do morrer*. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.12.a>>. Acesso em 12 jun. 2021, p. 239.

⁶⁴ MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sérgio Ibiapine Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

⁶⁵ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7 ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 2013, p. 150.

da ideia de se evitar a ocorrência de um dano iminente e grave ao paciente, é que o médico poderá se valer do privilégio terapêutico para modelar a informação que será transmitida ao paciente.

Não há como se olvidar que a autonomia ocupa, na contemporaneidade, o protagonismo dentro da relação médico-paciente, de modo que os institutos da prestação informacional e da obtenção do consentimento livre e esclarecido ocupam espaços de grande relevância na matéria. Diante disso, permitir que o médico, de modo arbitrário e subjetivo, omitisse ou modificasse informações por considerar que sabe o que é melhor para a saúde do paciente seria admitir a regressão aos moldes paternalistas. De igual modo, o privilégio terapêutico não deve ser invocado por mera piedade ou por receio do profissional de que o paciente recuse a terapêutica indicada.⁶⁶

O imperativo ético-legal é o de que o médico deve prestar todas as informações necessárias e de modo compreensível para que o paciente tenha subsídio para exercer a sua autonomia e tomar as decisões relativas ao seu tratamento. As exceções a essa regra referem-se ao direito de não saber, titularizado pelo paciente, e ao privilégio terapêutico, exercido pelo profissional. A efetiva possibilidade de invocação do privilégio terapêutico não é unânime, na medida em que a sua utilização excessiva pode acarretar o esvaziamento do princípio bioético da autonomia.⁶⁷

Rechaçar, de forma absoluta, o privilégio terapêutico não parece ser o melhor caminho a seguir, considerando que, em situações excepcionais, a informação pode efetivamente causar danos à saúde do paciente, repercutindo negativamente no tratamento proposto⁶⁸. Para tais hipóteses, revela-se importante o preenchimento de requisitos objetivos hábeis a guiar o médico para o exercício ético e adequado da aludida conduta. Pela ausência de legislação específica, o parâmetro normativo que serve de balizador para a discussão intentada no presente trabalho é o art. 34 do Código de Ética Médica.⁶⁹ Pela literalidade do dispositivo supramencionado, depreende-se que a exceção à comunicação direta ao paciente contempla dois requisitos objetivos, a saber: o risco de dano e a informação a seu representante legal.

⁶⁶ MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. *Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde*. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/322/390>. Acesso em: 29 maio 2021.

⁶⁷ BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 153.

⁶⁸ Id. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

⁶⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2017 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

Acerca do risco de dano, é importante salientar que, para autorizar o uso do privilégio terapêutico, o dano que se pretende evitar deve decorrer da prestação da informação em si e não do tratamento indicado. Além disso, o prejuízo que o médico acredita que possa acometer o paciente ao ser revelada a informação deve refletir uma natureza grave, no sentido de comprometer negativa e significativamente o estado de saúde. É natural que, com notícias indesejadas, sentimentos como espanto, negação, raiva, tristeza, dentre outros, ensejem reações psicossomáticas adversas, como taquicardia, respiração ofegante, sudorese etc. Essas reações humanas, sutis e esperadas, não autorizam o permissivo ora dissecado.⁷⁰

A outra exigência refere-se ao dever informacional ao representante legal do paciente. Dessa forma, o imperativo ético não exige completamente o profissional de prestar a informação, apenas estipula a um destinatário substituto. A escolha do referido representante deve ser feita com base na relação de confiança demonstrada pelo paciente, não devendo estar necessariamente associada a vínculos consanguíneos. Ademais, o fato de a informação ser prestada a um terceiro não transmite o poder decisório para este, de modo que o paciente deve continuar fornecendo o seu consentimento para os procedimentos.⁷¹

Ademais, a tradicional formação acadêmica médica não contempla satisfatoriamente a importância de se desenvolver a habilidade comunicativa do profissional, o que enseja impactos negativos no tratamento humanizado do paciente. Isto porque a ascensão da valorização da autonomia fez com que a informação passasse a ser tão importante quanto o tratamento em si.⁷² Na relação médico-paciente nos moldes contemporâneos, a comunicação acessível e efetiva tem se demonstrado diretamente proporcional à taxa de adesão ao tratamento por parte do paciente, o que constata a importância da construção do vínculo de confiança entre os envolvidos.⁷³

Nesse aspecto, há de se pontuar que o sentimento de despreparo do profissional médico para transmitir más notícias, aqui entendidas como informações que podem prejudicar a visão do paciente acerca das suas expectativas de futuro,⁷⁴ não pode ser causa para a invocação do privilégio terapêutico. Isso significa dizer que não se apresenta pertinente o uso do privilégio terapêutico quando o médico teme causar dano pela sua própria inabilidade comunicativa. O

⁷⁰ BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p.151.

⁷¹ DANTAS, Eduardo; COLTRI, Marcos. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 3 ed. Salvador: JusPodivm, 2020, p. 204.

⁷² FREIBERGER, Miguel Henrique; CARVALHO, Diego de; BONAMIGA, Elcio Luiz. *Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019272316>>. Acesso em 20 mar. 2021, p. 319.

⁷³ CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. *A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico*. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

⁷⁴ FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGA, op. cit.

médico deve buscar aprimorar a sua comunicação com o paciente, inteirando-se dos novos métodos estudados e indicados para determinadas situações, como o protocolo SPIKES, por exemplo.⁷⁵

A discussão sobre a conformação do exercício do privilégio terapêutico já foi levada ao Poder Judiciário, de modo que o Superior Tribunal de Justiça – STJ, no dia 02 de agosto de 2018, por ocasião do julgamento do Recurso Especial – REsp n.º 1.540.580 – Distrito Federal, reconheceu a possibilidade de mitigação do dever de informação quando o conteúdo desta puder afetar o estado psicológico do paciente:⁷⁶

RECURSO ESPECIAL. VIOLAÇÃO AO ART. 535 DO CPC/1973. NÃO OCORRÊNCIA. RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO POR INADIMPLENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. NECESSIDADE DE ESPECIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO E DE CONSENTIMENTO ESPECÍFICO. OFENSA AO DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO. VALORIZAÇÃO DO SUJEITO DE DIREITO. DANO EXTRAPATRIMONIAL CONFIGURADO. INADIMPLENTO CONTRATUAL. BOA-FÉ OBJETIVA. ÔNUS DA PROVA DO MÉDICO.

[...]

2. É uma prestação de serviços especial a relação existente entre médico e paciente, cujo objeto engloba deveres anexos, de suma relevância, para além da intervenção técnica dirigida ao tratamento da enfermidade, entre os quais está o dever de informação.

3. O dever de informação é a obrigação que possui o médico de esclarecer o paciente sobre os riscos do tratamento, suas vantagens e desvantagens, as possíveis técnicas a serem empregadas, bem como a revelação quanto aos prognósticos e aos quadros clínico e cirúrgico, **salvo quando tal informação possa afetá-lo psicologicamente, ocasião em que a comunicação será feita a seu representante legal.**

[...]

9. Inexistente legislação específica para regulamentar o dever de informação, é o Código de Defesa do Consumidor o diploma que desempenha essa função, tornando bastante rigorosos os deveres de informar com clareza, lealdade e exatidão (art. 6º, III, art. 8º, art. 9º).

10. Recurso especial provido, para reconhecer o dano extrapatrimonial causado pelo inadimplemento do dever de informação.

(REsp 1540580/DF, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), Rel. p/ Acórdão Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 02/08/2018, DJe 04/09/2018)

Como visto, restou tutelado pelo STJ que o médico poderá deixar de transmitir a informação diretamente ao paciente quando houver risco de dano psicológico. Nessa hipótese, de forma semelhante à norma ética, determinou-se que, quando se configurar o perigo de dano ao paciente, a informação deverá ser feita ao seu representante legal.

⁷⁵ CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. *Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES*. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf>. Acesso em 12 jun. 2021.

⁷⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Recurso Especial n.º 1.540.580 – DF (2015/0155174-9)*. Relator: Min. Lázaro Guimarães. Relator para acórdão: Min. Luis Felipe Salomão. Quarta Turma. Data do julgamento: 02/08/2018. Data da publicação: 04/09/2018.

Pela orientação do entendimento jurisprudencial e ético-profissional, o médico, para averiguar se a situação comporta risco de danos graves, deve analisar criteriosamente o histórico de vida do paciente e do seu quadro de saúde para, assim, avaliar quais ou em que medida as informações deverão ser prestadas ao paciente. Por meio da mesma análise, o profissional buscará o representante a que prestará as informações, não sendo a relação de parentesco necessariamente o critério definitivo. Em verdade, o que se deve observar é a relação de confiança entre o paciente e o pretense representante, que deve possuir o discernimento sobre os interesses do representado e a responsabilidade do seu múnus.⁷⁷

Numa perspectiva comparada, a legislação espanhola⁷⁸ preferiu substituir o privilégio terapêutico nos moldes tradicionalmente concebidos pelo instituto do “estado de necessidade terapêutica”, que estaria em maior consonância com os paradigmas contemporâneos. O estado de necessidade terapêutica constitui-se como um dos limites ao direito de acesso à informação, que se caracteriza quando existem razões objetivas para crer que o conhecimento daquela informação possa prejudicar a sua saúde. O estado de necessidade terapêutica não se refere a razões subjetivas do médico que acredita estar evitando um dano maior ao paciente ao omitir a informação, mas, sim, a razões objetivas determinadas com base na experiência médica, encontrando-se assentado em um marco normativo à luz dos direitos fundamentais dos pacientes⁷⁹.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.⁸⁰

Nesse aspecto, considerando a profundidade da análise requerida, merece atenção o papel dos Comitês de Ética Assistencial existentes na Espanha, entidades colegiadas que

⁷⁷ DANTAS, Eduardo; COLTRI, Marcos. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 3 ed. Salvador: JusPodivm, 2020, p. 205.

⁷⁸ ESPANHA. *Ley de la Autonomía del Paciente*. Ley 41, de 14 de noviembre de 2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Departamento de Jefatura del Estado. Publicado em: BOE, n. 274, de 15/11/2002. Estrada em vigor: 16/05/2003. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

⁷⁹ CORREA MARTÍNEZ, CÉSAR A. Límites al derecho de acceso a la información clínica em los casos de estado necesidad terapéutica y anotaciones subjetivas. Especial Referencia al sistema español. *Via Inveniendi Et Iudicandi* [on-line]. e-ISSN: 1909-0528. Bogotá, 2013, 8(2), 33-52. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560258674003>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

⁸⁰ ESPANHA, op. cit.

auxiliam o médico a identificar, no caso concreto, a ocorrência do estado de necessidade terapêutica. O Comitê, após a análise casuística, emitirá um parecer consultivo, podendo inclusive sugerir quais informações devem ser prestadas ao paciente. O aludido parecer possui cunho meramente opinativo, sendo certo que o médico assistente é quem possui a prerrogativa profissional de decidir. Caso vá de encontro com o relatório elaborado pelo Comitê, o médico deverá apresentar objetivamente as suas razões de discordância, motivando a adoção da sua conduta.⁸¹

Acredita-se que, na realidade brasileira, esse papel poderá ser exercido pelos Comitês de Bioética, nos termos da Recomendação CFM n. 8/2015, que orienta a criação de uma colegiado multiprofissional, com atuação autônoma, consultiva e educativa, para colaborar nas reflexões que envolvam aspectos morais e bioéticos no cotidiano das instituições de assistência à saúde.⁸² Com efeito, tais comitês podem representar espaços de diálogos entre profissionais de diferentes áreas para colaborar no processo decisório do profissional para o exercício do privilégio terapêutico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a ascensão do princípio bioético da autonomia na relação médico-paciente, o processo comunicativo passou a ser visto como tão fundamental quanto o tratamento em si. A assistência em saúde contempla muito mais do que a realização de procedimentos médicos, abarcando também a preocupação em estabelecer um bom canal de comunicação com o paciente. Nesse contexto, a informação ocupa uma posição de centralidade, representando, de um lado, o vetor-base de um direito do paciente e, do outro, um dever ético-profissional do médico.

Os direitos fundamentais à liberdade e à privacidade, previstos na Constituição Federal de 1988, originam uma série de direitos que intentam consagrar, no mais alto grau possível, a dignidade da pessoa humana. Dentre eles, encontra-se a autodeterminação informativa, que garante ao indivíduo o controle sobre as informações de si mesmo. Na seara da saúde, o direito de ser informado é a base concreta para a obtenção do consentimento livre e esclarecido. Sendo assim, o paciente se torna protagonista de sua história, agindo de modo verdadeiramente autônomo e com base na sua própria convicção de dignidade.

⁸¹ CORREA MARTÍNEZ, op. cit.

⁸² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM n. 8/2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf>. Acesso em 20 maio 2021.

A outra face da moeda dos princípios que fundamentam a autodeterminação informativa é a possibilidade de o paciente optar por não receber a informação. Ora, do mesmo modo que o paciente tem a prerrogativa de querer conhecer todos os dados relativos ao seu histórico clínico, ele deve ter a faculdade de recusá-los. Para que seja considerada válida, a renúncia à informação deve ser inequívoca, não podendo o profissional presumir a sua ocorrência. Nessas hipóteses, o médico deve informar ao paciente do seu direito à informação e os riscos que podem decorrer da sua negativa.

O direito de não saber, como qualquer outro direito, não é absoluto, podendo sofrer mitigações por questões de ordem pública, que se refiram à proteção da coletividade ou do interesse social, como nos casos das doenças de notificação compulsória. A renúncia informativa deve ser respeitada pelo profissional, que passaria a estar desobrigado do seu dever de informar, salvo se o paciente autorize ou expresse sua vontade de transmissão da informação a terceiros.

Situação diversa é a que ocorre quando o médico considera que a informação a ser passada para o paciente pode acarretar agravamento severo do seu quadro clínico, o que, por força do art. 34 do Código de Ética Médica, seria uma exceção ao dever de informar. O médico estaria, então, autorizado a exercer o privilégio terapêutico, deixando de se comunicar diretamente com o paciente sob o receio de danos graves ao paciente. Nesses casos, o dever de informar do profissional subsiste, somente se alterando a sua titularidade. Isto porque a informação deverá ser transmitida a um representante legal, o qual deve ser alguém que guarde uma relação de confiança com o paciente, ainda que não possua nenhum grau de parentesco.

O privilégio terapêutico é uma prerrogativa profissional direcionada a situações excepcionais e, como tal, na grande maioria dos casos, deve ser desincentivada, uma vez que pode representar um subterfúgio de manutenção do paternalismo médico. Sendo assim, para o exercício ético e adequado do privilégio terapêutico, é preciso que haja razões objetivas para crer que a prestação da informação ofereça risco de danos graves ao paciente ou à continuidade do seu tratamento. Importante caminho encontrado no direito comparado aponta para a criação de comitês internos de bioética, cuja função seria a de realizar debates inter e multidisciplinares sobre questões bioéticas, dentre as quais se está o privilégio terapêutico.

Negar aprioristicamente o privilégio terapêutico a todo e qualquer caso pode representar afronta aos interesses do próprio paciente. Por outro lado, o uso desenfreado e indiscriminado pode encaminhar a relação médico-paciente para os velhos paradigmas paternalistas, o que afrontaria os ditames bioéticos relativos à autonomia e os direitos fundamentais à liberdade e à privacidade.

Retirar do paciente a sua autodeterminação informacional deve ser possível apenas em casos estritamente excepcionais e com um forte embasamento fático-científico que justifique essa medida, sob pena de se romper com o fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles. *A informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade*. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI Salvador/BA. Biodireito e direitos dos animais. Organização: CONPEDI/UFBA. Coordenadores: Ana Thereza Meirelles Araújo; Mônica Neves Aguiar da Silva; Heron José de Santana Gordilho. Florianópolis: CONPEDI, 2018.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; 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*. Brasília, 10(1): jan./mar. 2021. p. 149-164.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7 ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 2013.

BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. Orientadora: Teresa Ancona Lopez. Tese. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. 271 p.

BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 26 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 264, de 17 de fevereiro de 2020*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html. Acesso em 12 maio 2021.

BRASIL. *Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. *Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Recurso Especial n.º 1.540.580 – DF (2015/0155174-9)*. Relator: Min. Lázaro Guimarães. Relator para acórdão: Min. Luis Felipe Salomão. Quarta Turma. Data do julgamento: 02/08/2018. Data da publicação: 04/09/2018.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Recurso Especial n.º 1.195.995 – SP (2010/0098186-7)*. Relatora: Min. Nancy Andrighi. Relator para acórdão: Min. Félix Fischer. Terceira Turma. Data do julgamento: 22/03/2011. Data da publicação: 06/04/2011.

BRASIL. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 abr. 2021.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. *A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico*. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>>. Acesso em: 12 jun. 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 2.222/2017 e 2.226/2019*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p.

_____. *Recomendação CFM n. 8/2015*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf>. Acesso em 20 maio 2021.

CORREA MARTÍNEZ, CÉSAR A. Límites al derecho de acceso a la información clínica em los casos de estado necesidad terapéutica y anotaciones subjetivas. Especial Referencia al sistema español. *Via Inveniendi Et Iudicandi* [on-line]. e-ISSN: 1909-0528. Bogotá, 2013, 8(2), 33-52. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560258674003>. Acesso em: 22 abr. 2021.

CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. *Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES*. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf>. Acesso em 12 jun. 2021.

DANTAS, Eduardo; COLTRI, Marcos. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 3 ed. Salvador: JusPodivm, 2020.

ESPANHA. *Ley de la Autonomía del Paciente*. Ley 41, de 14 de novembro de 2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones em matéria de información y documentación clínica. Departamento de Jefatura del Estado. Publicado em: BOE, n. 274, de 15/11/2002. Estrada em vigor: 16/05/2003. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>. Acesso em: 22 abr. 2021.

FREIBERGER, Miguel Henrique; CARVALHO, Diego de; BONAMIGA, Elcio Luiz. *Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019272316>>. Acesso em 20 mar. 2021.

LOPES, Lucas Miotto. Eu não quero saber! Uma defesa do direito de não saber como independente do direito à privacidade. *Direito, Estado e Sociedade*. Rio de Janeiro, n. 45, p. 82-97, jul./dez. 2014. ISSN 1516-6104.

MACEDO, Juliana Lopes de. *A mentira terapêutica e o silenciamento do idoso e do morrer*. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.12.a>>. Acesso em 12 jun. 2021.

MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. *Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde*. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/322/390>. Acesso em: 29 maio 2021.

MULHOLLAND, Caitlin. *O direito de não saber como decorrência do direito à intimidade*. Disponível em: <<https://www.responsabilidadecivil.org/single-post/2018/03/29/o-direito-de-n%C3%A3o-saber-como-decorr%C3%Aancia-do-direito-%C3%A0-intimidade>>. Acesso em: 30 maio 2021.

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

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

PORTO, Ana Paula Azevêdo Sá; ARARUNA, Simone Bezerra Pontes. O dever de informar na perspectiva da relação médico-paciente atual: análise à luz da dignidade da pessoa humana e do direito à autodeterminação do paciente. *Revista de Biodireito e Direitos dos Animais*. e-ISSN: 2525-9695. Curitiba, v. 2, n. 2, jul./dez. 2016. p. 196-217.

SCAFF, Fernando Campos. *Direito à saúde no âmbito privado: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde*. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

SCHREIBER, Anderson. *Direitos da personalidade*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2013.