XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

SÉBASTIEN KIWONGHI BIZAWU

MÔNICA NEVES AGUIAR DA SILVA

HERON JOSÉ DE SANTANA GORDILHO

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

B615
Biodireito e direito dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Sébastien Kiwonghi Bizawu; Mônica Neves Aguiar Da Silva; Heron José de Santana Gordilho - Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-398-6
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Desigualdade e Desenvolvimento: O papel do Direito nas Políticas Públicas

1.Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Biodireito. 3. Animais. 4.Proteção.
XXVI Encontro Nacional do CONPEDI (26. : 2017 : Brasília, DF).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

Prezados leitores: a Revista de Direito Animal e Biodireito, apresenta volume 2, número 2, para divulgar trabalhos de pesquisa em Bioética e Direito Animal produzidos pelos programas de pós-graduação do Brasil.

O artigo A INFLUENCIA DA BIOÉTICA NO BIODIREITO, de Lívia Rosa Franco Ferreira e Gustavo Matos de Figueiroa Fernandes, professores da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (MG) abordarão a vedação do non liquet no biodireito brasileiro.

O artigo A REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM NO DIREITO BRASILEIRO, de Raphael Rego Borges Ribeiro, doutorando em Direito pela Universidade Federal da Bahia (BA), avaliará se a reprodução assistida é compatível com o ordenamento jurídico brasileiro.

O artigo O DILEMA ENVOLVENDO A TESTEMUNHA DE JEOVÁ E A TRANSFUSÃO DE SANGUE: UMA ANÁLISE À LUZ DA BIOÉTICA E DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS, de Marcos Jose Pinto, professor da Universidade federal de Mato Grosso do Sul (MS), analisará o conflito entre os direitos fundamentais da vida e da liberdade religiosa nos casos em recusa a transfusão de sangue por motivos religiosos.

O artigo A RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE NA ATUALIDADE: POR UMA VISÃO ALÉM DO DEBATE ENTRE AUTONOMIA E INFORMAÇÃO, de Marina Carneiro Matos Sillmann, professora da Faculdade de Direito e Ciências Sociais do Leste de Minas gerais (FALESTE-MG) e Marcelo De Mello Vieira, Carlos Alexandre Moraes, PROFESSOR DA FACULDADE DE ESTUDOS ADMINISTRATIVOS DE MINAS GERAIS (MG), vai analisar modelos colaborativos entre os profissionais de saúde e os pacientes,sem que isto represente uma redução de autonomia daqueles que se encontra em situação de vulnerabilidade.

Carlos Augusto Lima Franco, Mestre em Ciências da Religião pela Universidade do Estado do Pará se propõe a analisar, pelo artigo SACRIFÍCIO DE ANIMAIS, PROTEÇÃO AMBIENTAL E LIBERDADE: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?, os aspectos constitucionais da prática de sacrifícios animais enquanto manifestação da liberdade religiosa. Procura, ainda,

enfatizar que esta só tem sentido enquanto modo de se determinar em razão da crença, havendo precípua necessidade de respeito às distintas expressões de fé, ainda que não pertencentes à denominada "cultura majoritária".

A revista inicia com o artigo ANIMAIS NÃO-HUMANOS E O INSTITUTO DA GUARDA NO ÂMBITO DO DIREITO DE FAMÍLIA, das professoras Leonora Roizen Albek Oliven e Mery Chalfun, da Universidade Veiga de Almeida (RJ), analizarão a necessidade de reconhecer a natureza jurídica dos animais como sujeito de direitos, atribuindo a guarda responsável em casos de rompimento ou modificação da relação familiar.

O artigo E DIREITO: O AFETO COMO FUNDAMENTO DA FAMÍLIA MULTIESPÉCIE, de autoria da professora Doutora Tereza Rodrigues Vieira, professora do programa de mestrado em Direito da Universidade Paranaense (PR), irá demonstrar a importância dos estudos teóricos e empíricos desenvolvidos pela antrozoologia e sua repercussão jurídica nas discussões sobre a família multiespécie.

O artigo A DESCARACTERIZAÇÃO DA BRIGA DE GALO COMO MANIFESTAÇÃO CULTURAL E O RECONHECIMENTO DA INCONSTITUCIONALIDADE DA LEI FLUMINENSE N. 2.895/1998, de Cleuber Lucio Santos Júnior, mestrando em Direito pela Dom Helder Câmara, que analisará os fundamentos da declaração de inconstitucionalidade da Lei Fluminense n. 2.895/98.

Mayana Sales Moreira, Mestre em Direitos Sociais e Novos Direitos, busca analisar pelo trabalho intitulado "O TESTAMENTO VITAL E O CÓDIGO PENAL BRASILEIRO: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO SEU CONTEÚDO" quais situações casuísticas permitem ou não a recusa de tratamentos médicos, no sentido de que nem todo conteúdo do testamento vital poderá ser atendido pelo médico, haja vista a necessidade de se analisar sua compatibilidade com o Código Penal Brasileiro que proíbe, por exemplo, a eutanásia.

O artigo A PROBLEMÁTICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PET SHOP, MÉDICO E CLÍNICA VETERINÁRIAN PELOS DANOS CAUSADOS AOS ANIMAIS, de Carlos Alexandre Moraes e Marta Beatriz Tanaka Ferdinandi, professores da Faculdade de Direito da UNICESUMAR, analizará a responsabilidade civil dos profissionais que desenvolvem suas atividades em clínicas veterinárias e pets shops, em razão de danos causados aos animais sob os seus cuidados.

A autora Liliana Maria Gomes, em seu artigo intitulado “ANIMAL: SUJEITO OU INSTRUMENTO?”, aborda a relação do homem com os animais não humanos, analisando o

pensamento de autores que tratam do tema, como Peter Singer, apontando a utilização de animais vivos em práticas de ensino superior e em pesquisas científicas. Como conclusão, “os animais podem e devem ser utilizados na pesquisa/educação, porém, não como objetos de estudo, mas enquanto sujeitos, como pacientes, assim como os humanos participam nas pesquisas clínicas, sendo tratados com respeito à sua integridade física e com o mínimo de sofrimento possível.”

DIREITO DO MAR: PESCA E PROTEÇÃO AO ATUM EM ALTO-MAR, da autoria de Cristiana Nepomuceno De Sousa Soares e André de Paiva Toledo, procura analisar a aplicabilidade e efetividade da Convenção de Montego Bay na proteção do Atum Azul da pesca predatória. Cabe, então, ao direito do mar apresentar respostas à preservação de algumas espécies de peixe, considerando que a Conferência das Nações Unidas sobre o Direito do Mar (CNDUM) é um instrumento jurídico internacional, representando um avanço no direito internacional ambiental. Os autores ressaltam a importância da decisão do Tribunal Internacional do Direito do Mar no caso do atum de barbatana azul envolvendo a Austrália e Nova Zelândia contra Japão para preservação desta espécie para o ecossistema marinho e os limites da pesca, colocando o sistema de quotas de pesca como fundamental para a sustentabilidade da exploração econômica dos recursos naturais do alto-mar.

Fernanda Luiza Fontoura de Medeiros e Paloma Rolhano Cabral no DIREITO DOS ANIMAIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO CONTROLE DE ZOONOSES: UMA CRÍTICA AO TRATAMENTO DA LEISHMANOISE questionam a efetividade dos tratamentos utilizados no Brasil, tendo em vista a existência de condutas alternativas que preservam a vida do animal. Para as autoras, “as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde desrespeitam o preceito de constitucionalidade das ações governamentais e não encontram eco entre as medidas juridicamente aceitáveis para assegurar o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado para as gerações presentes e futuras.”

O problema da possibilidade e limites do uso de técnicas de seleção embrionária é tratado com afinco por Ana Letícia Valladão Giansante e Sérgio Nojiri no título "DESIGNER BABIES: ASPECTOS BIOÉTICOS DA SELEÇÃO EMBRIONÁRIA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA". Discutem a possibilidade de uso dessas técnicas estabelecendo uma distinção entre finalidade terapêutica ou não terapêutica. Concluem pela ausência de um critério específico mesmo naquele caso.

Suelen de Souza Fernande, a seu turno, no artigo “OS ANIMAIS, OS ZOOLÓGICOS E O CONFLITO DE DIREITOS” analisa a situação jurídica dos animais no ordenamento jurídico pátrio e sua efetiva proteção. O reconhecimento dos direitos aos animais não humanos afastaria o seu uso da prática cultural de mantê-los presos em zoológico.

CARNIVORISMO E CIÊNCIA: A DOMINAÇÃO MASCULINA PERPETUADA PELO DIREITO é tema do artigo trazido pela mestranda Gabrielle Tabares Fagundez e Paulo Roney Ávila Fagundez. Buscam os autores analisar, criticamente, a subjugação reproduzida pelos hábitos alimentares, ciência e direito sobre os animais, traçando parâmetros comparativos com a dominação realizada sobre as mulheres na sociedade patriarcal.

Isadora Orbage de Britto Taquary, sob o título O DIREITO À MORTE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, destaca que a compreensão da morte e do morrer vem sofrendo grandes mudanças no decorrer da história, juntamente com as transformações da sociedade em relação às atitudes frente à morte. Analisa, ainda, os conceitos de morte e sua definição para o fim de compreender a eutanásia, o suicídio assistido , a distanásia e a ortotanásia, averiguando suas esferas no Brasil e buscando a reflexão desses métodos que amenizam o sofrimento à luz da dignidade da pessoa humana.

Aracelli Mesquita Bandolin Bermejo e Rita de Cássia Resquetti Tarifa Espolador estudam os limites da autodeterminação nos negócios biojurídicos e a autonomia bioética a eles aplicada no artigo A AUTODETERMINAÇÃO NOS NEGÓCIOS BIOJURÍDICOS: UMA NECESSÁRIA RELEITURA DA AUTONOMIA PRIVADA SOB O ASPECTO LIBERAL.

Temos a certeza de que o público leitor encontrará nesta versão da Revista material de alto padrão.

Profª. Drª. Mônica Neves Aguiar da Silva (UFBA)

Prof. Dr. Sébastien Kiwonghi Bizawu (Dom Hélder

Câmara) Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho (UFBA)

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ATUALIDADE: POR UMA VISÃO ALÉM DO DEBATE ENTRE AUTONOMIA E INFORMAÇÃO

THE CURRENT DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: FOR A VISION BEYOND THE DEBATE BETWEEN AUTONOMY AND INFORMATION

Marina Carneiro Matos Sillmann
Marcelo de Mello Vieira

Resumo

A relação médico-paciente está tomando novos rumos e com isso intensificou-se a produção científica acerca de sua análise. Dentre os diversos aspectos possíveis, destacou-se a questão do paternalismo médico e da autonomia do paciente. Contudo, entende-se que se trata de uma discussão simplista, assim, a proposta do presente trabalho é apresentar uma visão da relação médico-paciente além do cumprimento do dever de informação e da obtenção do consentimento informado. Para isso, buscou-se compreender os modelos deste relacionamento apontados pela literatura médica e também analisar a relação médico-paciente tomando como base a realidade brasileira.

Palavras-chave: Relação médico-paciente, Bioética, Autonomia do paciente

Abstract/Resumen/Résumé

The doctor-patient relationship is taking new directions and with this the scientific production about its analysis has intensified. Among the possible aspects, the issue of medical paternalism and patient autonomy was highlighted. However, it is understood that this is a simplistic discussion, thus, the purpose of the present study is to present a vision of the doctor-patient relationship beyond compliance with the duty to inform and obtain informed consent. To do this, we sought to understand the models of this relationship pointed out by the medical literature and also to analyze the doctor-patient relationship based on the Brazilian reality.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Physician-patient relationship, Bioethics, Patient autonomy

1 INTRODUÇÃO

Muito se discute na literatura jurídica e médica acerca dos novos rumos que a relação médico-paciente está seguindo. Afirma-se que gradativamente os profissionais da saúde abandonam a tradicional postura paternalista em prol da construção de um relacionamento horizontalizado, por meio do qual, médico e paciente constroem em conjunto, por meio do diálogo, os rumos do tratamento adequando-os à concepção de vida boa do enfermo.

Contudo, observa-se no cotidiano outra realidade: consultas rápidas, dificuldade na escolha do profissional da saúde em razão do advento dos planos de saúde e um desinteresse tanto do paciente quanto do médico na construção de um relacionamento pautado no diálogo e na promoção da autonomia do enfermo.

Diante desse descompasso entre teoria e realidade, faz-se necessário refletir sobre tudo aquilo que compõe esta relação, especialmente analisando os aspectos ligado à bioética. A presente pesquisa busca analisar esse delicado relacionamento tanto no plano teórico quanto no plano pratico, por uma perspectiva crítica para então apresentar algumas considerações sobre como o direito pode auxiliar na construção de uma relação médico-paciente efetivamente horizontalizada.

O problema proposto será abordado por meio de uma investigação jurídico-compreensiva, a qual utiliza o "procedimento analítico de decomposição de um problema jurídico em seus diversos aspectos, relações e níveis (...), própria das pesquisas compreensivas e não somente descritivas" (GUSTIN; DIAS, 2006, p. 29). A revisão bibliográfica será o principal procedimento metodológico, dando-se preferência pela utilização de fontes primárias, especialmente a legislação brasileira, e secundárias, pelo exame da literatura nacional e estrangeira especializada. Para tanto, será analisada a relação médico-paciente sob os prismas do paternalismo e da autonomia, buscando compreender os possíveis desdobramentos das modalidades de relacionamento. Serão examinadas ainda questões relacionadas à escolha do profissional da saúde em virtude do advento dos planos de saúde e se a proteção trazida pelo direito do consumidor prejudica ou sana a vulnerabilidade do paciente nesta relação jurídica. Por fim, será apurado o papel do médico neste relacionamento, em especial a sua desresponsabilização e o paternalismo ainda presente.

2 RELAÇÃO MÉDICO – PACIENTE: PATERNALISMO X AUTONOMIA

O desenvolvimento da medicina reconfigurou a própria ideia de saúde na atualidade. Antes identificada como a ausência de doença, hoje ela é entendida como busca pela manutenção ou recuperação da saúde do paciente em suas esferas corporal, psíquica e social, conforme definição difundida pela OMS (1948). Além da modificação desse conceito de saúde, a complexificação social modificou a relação entre os indivíduos e a relação médico-paciente não ficou imune a essas alterações.

No entanto, a classificação dessa relação em diversas modalidades é um fenômeno recente na prática médica. A medicina clássica é em sua essência paternalista. A partir do surgimento da bioética é que se apresentou a possibilidade de se conferir uma maior autonomia ao paciente.

2.1 Relação médico-paciente: medicina tradicional hipocrática

A medicina tradicional, baseada no juramento de Hipócrates, e por isso denominada hipocrática, defende o envolvimento mínimo do paciente na tomada de decisões sobre os rumos de seu tratamento. Isso porque, parte-se da compreensão que as decisões relativas ao tratamento de saúde devem, em geral, ser tomadas por aquele que detém o conhecimento científico: o profissional de saúde. Ela, portanto, se traduz em uma medicina verticalizada, na qual existe pouco diálogo efetivo com o paciente, sendo a este dado autonomia, isto é, ele é consultado, apenas sobre as questões que o médico entende que o enfermo deve se prenunciar. Tal fato, dificulta que o tratamento se desenvolva em conformidade com aquilo que o paciente acredita ser o melhor para si.

Emanuel e Emanuel (1992) explicam que nesse primeiro modelo da relação médico-paciente, o modelo paternalista, a interação entre as partes assegura que o enfermo irá sofrer intervenções que melhor promovam a restauração de sua saúde. Cabe ao médico utilizar suas habilidades e conhecimentos para identificar e aplicar o melhor tratamento para este fim. O paciente recebe apenas as informações que o profissional da saúde entender que são pertinentes. Esta é a forma de relacionamento mais observada na prática médica. Nas palavras de Gawande (2015, p. 189):

> [...] somos autoridades médicas buscando nos certificar de que os pacientes recebam o que acreditamos ser o melhor para eles. Temos o conhecimento e a experiência. Tomamos as decisões cruciais. [...] Dissemos apenas o que acreditamos que você precisa saber. É o modelo sacerdotal, o modelo do tipo 'o médico tem sempre razão', e embora com frequência criticado, continua

> sendo uma prática comum, especialmente com pacientes vulneráveis: os frágeis, os pobres, os idosos e todos aqueles que tendem a fazer o que os outros lhe dizem.

O paternalismo na acepção apresentada por Gerald Dworkin (2016) representa a intervenção na esfera de liberdade de um sujeito, ainda que contrária à sua vontade, sendo justificada como uma proteção para seu próprio bem. A ação paternalista é justificada no fato de que interferir na esfera de liberdade de um sujeito para evitar que este cause um dano a si seria uma intervenção necessária, especialmente se o sujeito se mostra incapaz de tomar decisões (GONZALEZ, 2005).

O modelo paternalista, em regra, restringe a autonomia do paciente de forma indevida, justificada no conhecimento técnico de que este sabe o que é melhor para o enfermo, sem seu envolvimento no processo decisório.

Uma análise apressada leva a conclusão que o modelo paternalista não deveria ser mais aplicado por impedir o exercício da autonomia por parte do enfermo. Porém, há um equívoco em generalizar os aspectos negativos do modelo paternalista. Existem situações que o paciente não se encontra em condições psicológicas de tomar as decisões necessárias para seu tratamento médico e, por isso, é preciso que alguém efetue as escolhas em seu nome protegendo seus interesses. Nesse sentido, González (2005) entende que a ação paternalista se justificaria caso a interferência fosse realizada em benefício do sujeito sobre o qual se atua e nas hipóteses em que este não se encontra em efetivas condições de tomar decisões médicas e necessita de uma orientação externa.

O problema maior do paternalismo não é a tomada de decisões por um terceiro, nem a restrição da autonomia do indivíduo, mas sim é a imposição dos valores pessoais do profissional da saúde e não do paciente na tomada de decisões.

O modelo tradicional de medicina tornava a relação entre médico e paciente mais próxima, pois o médico frequentava a residência do enfermo, acompanhava seu histórico de saúde e conhecia sua família. Porém, era uma relação mais hierarquizada. Tal relação começa a buscar sua horizontalização a partir do surgimento da bioética na década de 1950.

2.2 - Desenvolvimento da bioética e modificações na relação medico paciente.

A bioética surge na década de 1950 como uma ferramenta ética para trazer limites aos progressos da ciência, principalmente motivada pelos experimentos nazistas com

seres humanos, conforme Gracia (2010). Representa, nos termos da definição de Sá e Naves (2015, p.8) "a disciplina que estuda os aspectos éticos das práticas dos profissionais da saúde e da Biologia, avaliando suas implicações na sociedade e relações entre os homens e entre esses e outros seres vivos)."

Um dos marcos mais importantes da bioética, o Relatório Belmont, foi elaborado em abril de 1979 pela Comissão para a Proteção dos Interesses Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental (National Comission for the Protection on Human Subjects of Biomedical e Behavioral Research), nos Estados Unidos. Ele teve como um dos objetivos desse relatório foi identificar e categorizar os princípios bioéticos básicos: respeito pelas pessoas; beneficência e justiça.

Nos termos do Relatório, o princípio do respeito pelas pessoas abrange duas vertentes. Pela primeira delas os indivíduos deviam ser tratados como agentes autônomos e pela segunda, as pessoas que apresentam a possibilidade de agir com autonomia reduzida deviam receber uma especial proteção (HHS, 1979).

Ainda conforme o Relatório Belmont (HHS, 1979), uma pessoa é considerada autônoma quando é capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir na direção dessa deliberação. Com isso, o respeito a essa autonomia é concretizado quando suas opiniões e escolhas são levadas em consideração. Contudo, nem todos os indivíduos são capazes de autodeterminação. Quando não há tal capacidade, seja por imaturidade ou doenças mentais ou qualquer outra causa restritiva da possibilidade de agir com autonomia, o respeito é concretizado com a proteção dessas pessoas.

Nesse sentido, o Relatório Belmont optou por englobar o princípio do respeito pelas pessoas com o princípio da autonomia. Autores, como Sá e Naves, entendem que a autonomia figura como um princípio autônomo para a bioética, desse modo, o princípio da autonomia neste contexto pode ser entendido como: "o reconhecimento de que a pessoa possui capacidade para se autogovernar. Assim, de modo livre e sem influências externas, preceitua-se o respeito pela capacidade de decisão e ação do ser humano" (SÁ, NAVES, 2015, p. 36). A relevância deste princípio consiste do reconhecimento do paciente como sujeito ativo do seu tratamento, não tendo mais que aceitar eventuais imposições médicas fundamentadas no fato deste ser o profissional detentor do conhecimento técnico. O aludido princípio traria para a relação médico-paciente um novo modo de ser, pressupondo o compartilhamento deste conhecimento com o paciente, para que este possa decidir os rumos de seu tratamento e assim, exercer sua autonomia.

Já o princípio da beneficência aduz que:

> Pessoas são tratadas de maneira ética não apenas quando suas decisões são respeitadas e quando são protegidas de dano, mas também quando se faz esforço para que seu bem-estar seja assegurado. Esse tratamento se dá em virtude do princípio da beneficência. O termo 'beneficência' é frequentemente compreendido como atos de bondade ou caridade que vão além da estrita obrigação. Neste documento, beneficência é compreendido, em um forte sentido, como uma obrigação. Duas regras gerais foram formuladas como expressões complementares das ações beneficentes neste sentido: (1) não cause dano e (2) maximize os benefícios possíveis e minimize os danos possíveis (HHS, 1979, p.1, tradução nossa)[1].

O relatório Belmont não distinguiu a beneficência da não maleficência. Para Gracia (2010) esta distinção apresenta relevância, pois o primeiro representa uma conduta com uma ação (fazer o bem), enquanto que o segundo se mostra voltado para uma omissão (não fazer mal). Este autor aduz ainda que a não maleficência deveria ser o norte da relação médico-paciente, ao contrário do que se mostra a tradição. Usualmente a obrigação do médico é de favorecer seu paciente, sendo o dever de não prejudicar uma obrigação subsidiária. Gracia (2010) explica que a obrigação primária do médico deve ser a de não prejudicar seu paciente, sendo que o favorecimento necessita da concordância do enfermo.

O princípio da justiça trabalha com a relação entre os benefícios e os custos advindos da pesquisa ou do tratamento médico, buscando ampliar as vantagens e minimizar os sofrimentos (HHS, 1979). Em suma:

> [...] refere-se ao meio e fim pelo qual se deve dar toda intervenção biomédica, isto é, maximizar os benefícios com o mínimo custo. Nesse mínimo custo, devem ser abrangidos não apenas os aspectos financeiros, que quando bem equacionados permitem a igualdade de acesso aos serviços de saúde, mas também os custos sociais, emocionais e físicos. Ou seja, justa é a intervenção médica que leva em conta os valores do paciente, bem como sua capacidade de deliberação e unidade psicofísica (SÁ, NAVES, 2015, p. 37).

Desse modo, o princípio da justiça engloba não apenas uma preocupação com a igualdade na distribuição dos recursos disponíveis, mas também, impõe ao médico uma preocupação com os custos emocionais acarretados pelo tratamento proposto.

---

[1] Persons are treated in an ethical manner not only by respecting their decisions and protecting them from harm, but also by making efforts to secure their well-being. Such treatment falls under the principle of beneficence. The term "beneficence" is often understood to cover acts of kindness or charity that go beyond strict obligation. In this document, beneficence is understood in a stronger sense, as an obligation. Two general rules have been formulated as complementary expressions of beneficent actions in this sense: (1) do not harm and (2) maximize possible benefits and minimize possible harms.

As modificações trazidas pela bioética na relação médico-paciente foram significativas. Aos poucos compreende-se a necessidade de envolvimento efetivo do paciente na tomada de decisões sobre seu tratamento e as intervenções em seu corpo que serão realizadas pelo profissional da saúde. O princípio do respeito assegura o exercício da autonomia pelo paciente, com a proteção de seus interesses quando necessário; o princípio da beneficência o protege de danos que poderiam ser evitados e o princípio da justiça promove uma maximização dos resultados positivos com o menor custo possível. Tais princípios promovem ainda o processo de horizontalização da relação médico-paciente.

No mesmo sentido, Stancioli (2004, p.93) ressalta que:

> A perquirição de um modelo de tratamento que busque o constante respeito à individualidade do paciente é um dos grandes objetivos da bioética hoje. O pressuposto fundamental desse respeito à dignidade de quem é tratado irrompe de uma nova postura médica, menos voltada para o paternalismo e atenta à subjetividade do enfermo.

Com isso, o modelo paternalista tende a deixar de ser o principal modelo aplicado na relação médico-paciente e abre espaço para novos tipos de relacionamento, pautados no reconhecimento do paciente como sujeito ativo desta relação.

2.3 Relação medico paciente no contexto democrático: valorização da autonomia do enfermo

Tem-se que a partir do advento do estado democrático de direito, ganha força no Brasil uma discussão na seara jurídica acerca da horizontalização da relação entre médico e paciente. Este modelo de estado reconhece como um de seus fundamentos o pluralismo e consequentemente, as mais diversas concepções de vida boa passam a serem reconhecidas e protegidas pelo direito não sendo mais admitida a interferência injustificada na esfera de liberdade de um sujeito.

Aplicando essa concepção ao contexto da relação médico-paciente, o titular do direito à saúde teria a autonomia para decidir sobre o que poderia ou não ser feito em seu corpo, o que propiciaria uma relação médico-paciente horizontalizada. Não caberia mais ao médico tomar as decisões em nome do paciente, impondo sua concepção de vida boa ao enfermo. Caso necessário, o profissional da saúde deveria, em um exercício de

alteridade, tomar as decisões com base naquilo que se mostra mais compatível com o que o enfermo entende como sendo bom para si.

A valorização da autonomia pessoal abre espaço para a segunda forma de relacionamento, a modalidade informativa, modalidade esta oposta ao paternalismo. Por meio deste relacionamento toda a responsabilidade de decisão sobre os rumos do tratamento seria atribuída à autonomia do paciente. Ao médico, bastaria relatar todas as informações necessárias para a tomada de decisão, sem emitir qualquer juízo valorativo. Para Emanuel e Emanuel (1992), o objetivo desde modelo é suprimir a falta de conhecimento técnico do paciente, e a partir, da junção das informações fornecidas pelo médico, aplicar o juízo de valores pessoais do enfermo para que este tome a melhor decisão para si sem qualquer interferência do profissional da saúde. O médico atuaria como uma enciclopédia. Ao analisar essa modalidade de relacionamento Gawande (2015, p.189) aponta que:

> [...] É uma relação comercial. O médico é o perito técnico. O paciente é o consumidor. O trabalho dos médicos é fornecer habilidades e conhecimentos atualizados. O trabalho dos pacientes é fornecer decisões. Esse é o perfil cada vez mais comum dos médicos e tende a fazer com que nos tornemos cada vez mais especializados. Sabemos cada vez menos sobre nossos pacientes, e cada vez mais sobre nossa ciência. De modo geral, esse tipo de relacionamento pode funcionar maravilhosamente bem, em especial quando as escolhas são claras, quando se sabe de maneira exata aquilo a que se está renunciando ao escolher uma opção em detrimento da outra e quando as pessoas têm preferências claras. Você só se submete aos exames, às pílulas, às cirurgias e aos riscos que quer e aceita. Você tem completa autonomia.

Nesta modalidade também se observa a presença de uma relação médico-paciente verticalizada, porém é o enfermo que se encontra no topo. Também o diálogo se mostra pobre. Este tipo de relacionamento consagra apenas um dos princípios bioéticos (a autonomia), em detrimento dos demais e acaba por atribuir ao paciente toda responsabilidade pelo tratamento, desresponsabilizando o médico.

Entre os extremos, modelo paternalista de um lado e modelo informativo de outro, dois novos tipos de relacionamento médico-paciente podem ser visualizados. Um deles é o modelo o interpretativo, o qual se mostra o mais adequado para uma boa prática médica, porém é o menos observado no cotidiano. Por meio deste modelo, Emanuel e Emanuel (1992) ressaltam que o papel do médico ultrapassa a função de apenas repassar as informações ao paciente abrangendo também a função de o auxiliar a tomar a decisão que melhor se amolda, dentro do quadro clínico apresentado, aos seus valores pessoais, promovendo assim um efetivo diálogo e o compartilhamento de responsabilidades. Para

Gawande (2015), o terceiro tipo une exatamente o que se deseja desse relacionamento: informação, controle e orientação.

A distinção com o modelo informativo consiste no fato do médico auxiliar o paciente a interpretar as informações técnicas, articulando-as em conformidade com os valores do destinatário do tratamento e a distinção com o modelo paternalista é que não é o médico que toma a decisão em nome do paciente. Dessa forma, a palavra final cabe ao enfermo, sendo o profissional da saúde um auxiliar (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Por fim, o modelo deliberativo se mostra semelhante ao modelo interpretativo, mas apresenta como peculiaridade a interação destes dois personagens para auxiliar o enfermo a determinar e a escolher quais valores devem prevalecer nesse processo decisório. Emanuel e Emanuel (1992) afirma que o médico apontaria a razão pela qual determinado valor deve ser preservado em detrimento dos demais, cumprindo ressaltar que seriam destacados apenas valores relacionados à saúde. Desta forma, distinção deste modelo com o anterior consiste na interferência médica no juízo moral do paciente, mas sem tomar qualquer decisão em nome deste.

Os dois últimos modelos se mostram ideais para atingir os fins propostos pela bioética, contudo, observa-se na prática uma prevalência dos modelos paternalista e informativo inexistindo o diálogo efetivo entre médico e paciente para a construção de um tratamento que promova a autonomia do enfermo.

3 CRÍTICAS À RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PRÁTICA

Diversos são os fatores que dificultam a efetivação dos modelos deliberativo e interpretativo na prática contemporânea. Dentre eles, pode-se destacar a influência conferida pelo direito do consumidor na relação médico-paciente e a postura resistente tanto do paciente quanto do médico para a construção do diálogo nessa relação.

3.1 Influência do direito do consumidor na relação médico-paciente: planos e seguros de saúde

O direito do consumidor modificou bastante aa relações jurídicas na sociedade atual e na era do consumo, o tratamento dado por esse direito acabou por influenciar as relações de saúde. Esta passou a ser vista com um bem mercantilizado (GRACIA, 2010) e, como tal, deixou de ser pensada não mais só como política pública essencial à vida em

sociedade (setor estratégico para o desenvolvimento social) e passou a ser regida pelas leis de mercado.

A expansão dos planos e seguros de saúde também contribuiu para que a relação que antigamente baseava-se no cuidado e até na intimidade, seja, agora, comercial, o que é, normalmente, mais fria e distante. Isso porque, se antes, o paciente escolhia o profissional de saúde levando em consideração a afinidade, atualmente, a escolha resume-se apenas aos médicos credenciados pelo plano de saúde, causando a impessoalidade desse vínculo.[2]

Também o baixo valor pago aos médicos pelos planos de saúde causam importantes repercussões. Em primeiro lugar, por esta razão muitos médicos optam por não se credenciar à planos de saúde. Em segundo lugar, quando credenciados, muitos profissionais restringem sua agenda de atendimentos a clientes de planos de saúde ou marcam um número excessivo de consultas com o intuito de compensar financeiramente os valores pagos com o volume de atendimentos. Essas duas práticas realizadas pelos médicos credenciados prejudica a qualidade da relação entre as partes e pouco contribui para a formação dos vínculos de confiança entre eles. Especialmente o excesso de consultas no mesmo dia faz com que vários médicos realizem um atendimento mais rápido, dedicando pouco tempo para a anamnese[3], o que dificulta que o profissional tenha o contexto geral da saúde do paciente. O médico acaba focando apenas nas queixas atuais, levando a substituir o momento no qual deveria conhecer seu cliente pela a exigência de diversos exames laboratoriais, que oneraram o paciente e os planos de saúde e, muitas vezes, não trazem esse contexto geral mencionado.

Os seguros de saúde poderiam possibilitar essa maior liberdade do paciente em escolher o profissional que irá lhe atender, uma vez que garantem o reembolso das despesas efetuadas com o médico de sua escolha e não só a opção por médicos credenciados, mas o maior seu maior custo acaba mais por excluir possíveis pacientes do que por incluí-los. (INFOMONEY, 2006).[4]

---

[2] É preciso esclarecer que os planos de saúde não merecem apenas críticas. O fato de ter uma gama de profissionais a disposição do paciente (cliente) mostra-se favorável ao consumidor na medida que ele pode buscar um médico que possua horários para atender sua conveniência pessoal. No entanto, como essa pesquisa tem como foco a análise da relação médico-paciente, será analisado somente a repercussão dos planos de saúde nessa relação.

[3]Nos termos do art. 49 da Resolução 2056/2013 do Conselho Federal de Medicina, anamnese "é instrumento exclusivo de avaliação propedêutica médica". Com isso, tem-se que a anamnese consiste no ato praticado pelo médico com o intuito de avaliar de forma global seu paciente para apurar qual malefício acomete sua saúde, e assim, estabelecer o diagnóstico.

[4] Os seguros têm por finalidade a cobertura dos riscos de assistência médica e hospitalar, sendo direito do assegurado a livre escolha do médico e do hospital e dever da seguradora o pagamento ou reembolso das

O tratamento conferido ao paciente como consumidor não se mostra compatível com sua real condição, já que o coloca no mesmo patamar de um cliente que adquire um eletrodoméstico, roupas, etc. Ainda que se reconheça que o direito do consumidor é capaz de proporcionar algumas vantagens ao paciente, como assegurar uma maior proteção contratual e processual ao hipossuficiente-paciente, o que é ele também acaba por prejudicar a relação médico-paciente. A verdade é que nenhum direito fundamental, como o direito à saúde deveria ser tratado como um bem de consumo. Isso significaria reduzir, de certa forma, a fundamentalidade do direito, pois aquilo que interessa para a proteção do bem jurídico em si fica em segundo plano, havendo maior destaque aos aspectos mercantis. Como isso, o indivíduo é tratado mais como cliente do que como paciente. Também se impede que seja criada uma regulamentação que seja de acordo com aquilo que a relação médico-paciente necessita, pois bastaria a proteção conferida ao paciente pelo direito consumerista.

Um das poucas vantagens promovidas na pelo direito do consumidor é o resguardo do direito à informação (art. 6º III do Código de Defesa do Consumidor), pelo o qual o fornecedor tem o dever de transmitir ao consumidor informação clara e adequada sobre os bens e serviços ofertados ao mercado de consumo. Esse dever consumerista tem que ser complementado pelo direito biomédico, que também assegura ao paciente o direito à informação, imputando ao médico o dever de esclarecimento.

Com isso, o profissional da saúde tem o dever de informar ao seu paciente todos os aspectos relacionados à sua doença, bem como aqueles relacionados aos tratamentos propostos, em linguagem clara e acessível ao seu interlocutor. A distinção entre o dever de esclarecimento e o dever de informação consiste no fato de que é um ônus incumbido ao profissional da saúde verificar se o enfermo compreendeu efetivamente as informações fornecidas, e que estas lhe sejam transmitidas da formas mais cuidadosa e sensível possível a fim de que possam consagrar os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência.[5] Tal missão se mostra inexistente para o fornecedor da relação de consumo

---

despesas de tratamento, nos termos dos arts. 129 e 130 do Decreto Lei n°73 de 21 de novembro de 1966. Também a Lei nº 9.656/1998 trata dos planos e seguros saúde privados.

[5] Especialmente em momentos de terminalidade da vida, muitos médicos acreditam que omitir informações do paciente é o melhor para reduzir a ansiedade do enfermo e melhorar sua qualidade de vida. Mas como adverte Marcos de Almeida “, ainda que se aceite a visão conseqüencialista (sic), absolutamente lícitade que se deve fazer o melhor que se possa para o seu paciente em sentido global, não é convincente a afirmativa de esse fim possa ser alcançado por evasivas, engodos ou mentiras diretas. É claro que tal tipo de atitude reduz enormemente a inquietação dos médicos: discussões francas e honestas com pessoas portadoras de doenças fatais acerca do seu estado, seu prognóstico e possíveis caminhos de ação terapêutica, são emocionalmente muito desgastantes.” (ALMEIDA, 1996, p. 61).

pela própria dinâmica deste relacionamento. Para este basta expor a informação ao consumidor.

Observa-se na mercantilização da relação médico-paciente uma prevalência do modelo informativo. Ao médico bastaria fornecer as informações ao paciente, dispensando um debate sobre as opções possíveis sem perder muito tempo, para poder encaixar em sua agenda o maior número de consultas possíveis.

Diante de todas as considerações feitas até aqui, pode se afirmar que as relações médicas acabaram se adaptando à sociedade atual, abarcando, inclusive, os aspectos negativos. Para Sillmann (2017), aquele médico que atendia toda a família na casa desta, que conhecia os hábitos rotineiros e o histórico de saúde de todos os membros do grupo familiar é substituído pelo profissional da saúde que faz as consultas em hospitais e consultórios, muitas delas feitas de forma rápida.

Sá e Naves (2015, p. 101-102) resumem a atual relação médico-paciente:

> Embora possamos ter contato com médicos que nos presenteiam com sua amizade, carinho e consideração, o fantástico desenvolvimento científico, o surgimento de grandes hospitais e centros de saúde e a necessidade cada vez mais premente de vinculação a um plano de saúde, fez-se com que o profissional da Medicina se distanciasse de seu paciente. Modifica-se, assim, a denominação dos sujeitos da relação jurídica, que passam a figurar como usuário (paciente) e prestador de serviços (médico). A ótica agora é a de uma sociedade consumista, cada vez mais consciente de sus direitos e mais exigente quanto aos resultados.

Assim, a relação atual médico-paciente se torna distante, sendo muitas vezes o paciente tratado como objeto, como um número em um prontuário, sem efetivar seu direito a ter voz ativa sobre o que será feito em seu corpo. Tais questões dificultam um amplo debate entre profissional e usuário da saúde e propiciam a verticalização da relação. [6]

3.2 Postura do médico

[6] Atualmente, verifica-se que há um movimento para o retorno desse médico familiar. Tem crescido no país a medicina da família, especialidade que tem por intuito conhecer e acompanhar o paciente por toda sua vida, desde o nascimento até o falecimento (LEAL, 2014). O conhecimento do médico da família é generalista, porém pode auxiliar o especialista a compreender o sistema de saúde daquele paciente com todas suas nuances e particularidades por conhecer todo histórico do paciente, seus hábitos, sua moradia, os serviços públicos que pode acessar. Dessa forma, pode se colocar em prática o conceito de saúde da OMS, isto é, buscar o bem estar pleno do indivíduo e não se restringir a medicina preventiva e curativa.

O já falado desenvolvimento médico-tecnológico tem levado a constante especialização da medicina. Nesse contexto, muitos profissionais têm buscado aprofundamento em uma determinada área em detrimento de uma formação mais global, favorecendo o conhecimento técnico e não uma formação mais humanista da medicina. Essa busca pela técnica aliada a pouca preocupação com o conhecimento bioético nos cursos de medicina favorece que os profissionais se identifiquem mais com os modelos paternalistas e informativos da relação médico-paciente do que com interpretativos e deliberativos. Assim, pode-se observar dois pontos contraditórios na postura do médico: a) desresponsabilização e b) o paternalismo aplicado de modo desnecessário.

O Código de Ética Médica proíbe que o profissional se negue a prestar o dever de esclarecimento (art. 34) e determina que o médico deve obter o consentimento informado de seu paciente tanto ao proibir o médico de não obter consentimento do paciente (art.22) como ao prever a liberdade de decisão ao paciente (art. 24). Essa exigência:

> [...] inaugura a passagem da concepção objetivada do corpo para uma outra subjetivada, pois no contexto democrático pressupõe o respeito de cada um governar livremente seu próprio corpo, o que inclui tanto a perspectiva da disposição quanto a da privacidade. Nesse sentido, só se pode permitir intervenção sobre o corpo que emane da própria vontade de seu titular, nem terceiro, nem o Estado poderão intervir no corpo sem o consentimento do indivíduo sob pena de ser este um ato ilegítimo no ordenamento jurídico. (TEIXEIRA, 2010, p. 65-66).

Com isso, a união do dever de esclarecimento com o consentimento informado asseguraria a autonomia do paciente. Contudo, a efetivação da autonomia do paciente nos cuidados de saúde ainda não alcança, de forma efetiva, a atuação dos profissionais da saúde. Como já mencionado acima, o que se observa na prática são consultas rápidas, profissionais da saúde que adotam uma postura paternalista com a imposição de um tratamento, sem a devida discussão, e usuários do sistema de saúde, inertes, sem exigir a efetivação de seus direitos, muitas vezes por total desconhecimento, aceitando, sem buscar compreender ou escolher, aquilo que lhes é imposto. Assim, a realidade apresenta um tratamento médico imposto, um dever de esclarecimento inexistente e a obtenção de um consentimento informado apenas no papel. (SILLMANN, 2017).

Interessante pesquisa sobre a autonomia do paciente em uma unidade de urgência foi realizada junto ao Hospital Escola Padres Albino, na cidade de Catanduva, São Paulo e publicada no ano de 2012. Os dados colhidos constataram que 90,7% dos entrevistados declararam que foram bem informados pela equipe médica sobre sua doença. Todavia,

percebe-se que há uma incompreensão do que é 'ser bem informado'. Os pacientes entrevistados explicaram que foram levados para dentro do centro cirúrgico e os médicos não lhes explicaram nada, não deram maiores informações ou ainda que foi tudo muito rápido e quando deram por si, já estavam sendo operados. Outra situação que chama atenção a respeito da compreensão equivocada do que é 'ser bem informado' é que a pesquisa aduz que 72,1% alegaram não ter ciência de nenhum termo de consentimento informado. Os pacientes afirmaram que assinaram um documento sem ter qualquer esclarecimento sobre seu texto; outros apontaram que em razão do sofrimento causado pela doença não se importaram em obter maiores informações, desejando apenas o fim da dor. Por fim, segundo a mesma pesquisa, 83,7% dos enfermos declararam que não foram informados dos riscos cirúrgicos. Assim, percebe-se um esclarecimento formal do médico para seu paciente, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e informado, inobservando sua função precípua que é informar o paciente sobre seu quadro clínico para que possa tomar decisões esclarecidas.(BISCEGLI; et al, 2012)

Dessa forma, ao mesmo tempo em que o médico adota uma postura paternalista, ele busca sua desresponsabilização em relação às escolhas efetuadas pelo paciente. Conforme mencionado, os modelos que prevalecem na prática são os modelos paternalista e informativo. O primeiro retira do paciente sua autonomia e o segundo imputa todo o peso da decisão ao paciente, trazendo uma desresponsabilização do médico pelas escolhas efetuadas pelo enfermo.

Porém, estes tipos de relação tendem a não mais satisfazer mais aos pacientes e, com certeza, são incapazes de efetivar conjuntamente todos os princípios da bioética. Vive-se um momento de transição em que fatores como as tecnologias levam a informação outrora restrita aos livros específicos de medicina, ao paciente que passa a indagar, a querer entender cada vez mais sobre aquilo que lhe é proposto pelo profissional escolhido (ou imposto). Esse movimento auxilia a romper com a relação médico-paciente verticalizada e dá início a uma relação horizontalizada. O momento social atual tende a não aceitar mais essa imposição. O paciente-objeto busca se tornar paciente-sujeito. O médico, conforme Stancioli (2004), deve assumir a posição de interlocutor, construindo o diálogo com o enfermo. A medicina tradicional hipocrática ou a medicina informativa, abrem espaço para uma nova medicina, em que o paciente tem voz ativa nos rumos de seu tratamento.

A relação médico-paciente se constrói de forma horizontalizada por meio do diálogo, em que o profissional da saúde busca compreender qual a real necessidade do

paciente e o paciente entende o que está acontecendo com seu corpo e o que será feito para tratar o mal que o acomete. O diálogo se materializa por meio do dever de esclarecimento do profissional da saúde e do consentimento informado fornecido pelo paciente.

O profissional da saúde tem o dever de estimular a autonomia do paciente, aplicando os princípios da bioética, sem se desresponsabilizar pelas escolhas efetuadas pelo enfermo. A relação é de diálogo e de parceria. Nesse sentido, pode se observar os princípios da beneficência e não maleficência com as intervenções devidas na esfera de liberdade do paciente pelo médico para auxiliá-lo na tomada de decisões; do princípio do respeito eis que há a efetivação da autonomia do enfermo e da justiça em virtude da preocupação em minorar o sofrimento do paciente, maximizando os benefícios do tratamento em conformidade com a concepção de vida boa do paciente. O profissional da saúde deve auxiliar na tomada de decisões médicas, conforme estabelecidos pelos modelos interpretativo e deliberativo, modelos mais compatíveis com a concepção adequada para o tratamento da saúde no contexto do estado democrático de direito.

4 CONCLUSÃO

A medicina tradicional, denominada hipocrática, adota uma postura paternalista para a relação médico-paciente. Ou seja, o médico tomaria em nome do paciente as decisões para seu tratamento por acreditar que, em função de seu conhecimento técnico, seriam estas as decisões mais adequadas. O paternalismo, em alguns momentos, se mostra benéfico ao paciente, mas não deve ser o modelo prevalecente para a relação médico-paciente.

O surgimento da bioética na década de 1950 proporcionou alterações significativas nessa relação ao estabelecer princípios fundamentais para as relações de saúde. Tais princípios levaram a novas formas de relacionamento entre médico e paciente, valorizando a autonomia do enfermo.

Porém uma valorização excessiva dessa autonomia também leva a uma desproteção do enfermo, como é a situação evidenciada pelo modelo informativo, que confere plena autonomia para tomada de decisões ao paciente, cabendo ao médico apenas um esclarecimento informativo.

Os modelos ideias para a relação médico-paciente seriam os modelos interpretativo e deliberativo, por envolverem um diálogo efetivo entre médico e paciente

capaz de assegurar a autonomia do paciente e a proteção exigida neste tipo de relacionamento em razão da vulnerabilidade trazida pela doença. Contudo, apesar de serem os modelos mais indicados, estão longe de serem a regra geral. Na prática, observa-se a prevalência dos modelos paternalista e informativo.

O relacionamento médico-paciente, antes de ser vista como uma relação consumerista, que também é, deve ser encarada como uma relação bioética, isto é, uma relação de cuidado e empatia, baseada nos princípio bioéticos. O desenvolvimento desses princípios representam um ganho na qualidade das relações de saúde e não podem ser desprezadas em nome da tradição ou do conhecimento científico. Sem eles tais relações perdem seu caráter humano que é indispensável para o bom andamento de qualquer tratamento.

Para alterar essa realidade seria necessária uma atuação forte na formação dos profissionais com disciplinas de bioética para evidenciarem a construção de uma relação pautada no diálogo com o paciente. Também se mostra necessária a educação do paciente sobre seus direitos, pois este também não exige do médico uma nova forma de relacionamento conforme apontado pela pesquisa citada neste trabalho junto ao hospital de Catanduva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos de. Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética: perspectiva médica. PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Org.). Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 1996.

ASCENSÃO, José de Oliveira. Prefácio. In GONÇALVES, Diogo Costa. **Pessoa e Direitos da Personalidade**: fundamentações ontológicas da tutela. Lisboa: Almedina, 2008.

BISCEGLI, et. al. Autonomia do paciente: análise situacional de uma unidade de urgência. **Revista Bioética**, v. 20, n. 3, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: resolução CFM nº 1931/2009. Brasília, DF. **Conselho Federal de Medicina**, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2056/2013. Brasília, DF. **Conselho Federal de Medicina**, 2013.

DWORKIN, Gerald, "Paternalism", **The Stanford Encyclopedia of Philosophy** (Summer 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), Disponível em: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/paternalism/>. Acesso em 21 abr. 2017.

EMANUEL, E.J.; EMANUEL, L.L. Four models of the physician-patient relationship. **Journal of the american medical association**. v. 267. 1992.

GAWANDE, Atul. **Mortais**: nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GONZÁLEZ. David E. Pérez. El paternalismo como límite a la autonomía individual. Laguna: Revista de filosofía, nº 16, 2005. Disponível em: < https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1446037> Acesso em 20 março 2017.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética** - metas e desafios. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re)pensando a pesquisa jurídica**: teoria e prática. 2ª ed. rev. ampl. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

HHS. Relatório Belmont. 1979. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html> Acesso em: 20 fev. 2017.

INFOMONEY. Plano ou seguro de saúde: qual o melhor para você? **Infomoney**. 2006. Disponível em: < http://www.infomoney.com.br/educacao/guias/noticia/38816/plano-seguro-saude-qual-melhor-para-voce> Acesso em 20 março 2017.

LEAL, Aline. Médico da família pode lidar com até 90% dos problemas dos pacientes. **Agência Brasil**. 2014. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-12/medico-de-familia-e-o-profissional-que-pode-lidar-com-ate-90-dos-problemas> Acesso em: 17 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1948. Disponível em: < http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html > Acesso em 20 abr. 2017.

SÁ, Maria de Fátima Freire de Sá; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de biodireito**. 3.ed. revista, atualizada e ampliada. Belo Horizonte: Del Rey Editora, 2015.

SILLMANN, Marina Carneiro Matos. Recusa de tratamento médico por crianças e por adolescentes. Dissertação (Mestrado) 155 f. – Programa de Pós-Graduação em Direito. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

STANCIOLI, Brunello. **Relação jurídica médico – paciente**. Belo Horizonte: Del Rey Editora, 2004.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.