

**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE
DIREITO E INTELIGÊNCIA
ARTIFICIAL (VI CIDIA)**

REGULAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL III

R344

Regulação da inteligência artificial III [Recurso eletrônico on-line] organização VI Congresso Internacional de Direito e Inteligência Artificial (VI CIDIA): Skema Business School – Belo Horizonte;

Coordenadores: Erick Hitoshi Guimarães Makiya, Jessica Fernandes Rocha e João Alexandre Silva Alves Guimarães – Belo Horizonte: Skema Business School, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-359-6

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Perspectivas globais para a regulação da inteligência artificial.

1. Compliance. 2. Ética. 3. Legislação. I. VI Congresso Internacional de Direito e Inteligência Artificial (1:2025 : Belo Horizonte, MG).

CDU: 34

skema
BUSINESS SCHOOL

LAW SCHOOL
FOR BUSINESS

VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (VI CIDIA)

REGULAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL III

Apresentação

A SKEMA Business School é uma organização francesa sem fins lucrativos, com presença em sete países diferentes ao redor do mundo (França, EUA, China, Brasil, Emirados Árabes Unidos, África do Sul e Canadá) e detentora de três prestigiadas creditações internacionais (AMBA, EQUIS e AACSB), refletindo seu compromisso com a pesquisa de alta qualidade na economia do conhecimento. A SKEMA reconhece que, em um mundo cada vez mais digital, é essencial adotar uma abordagem transdisciplinar.

Cumprindo esse propósito, o VI Congresso Internacional de Direito e Inteligência Artificial (VI CIDIA), realizado nos dias 18 e 19 de setembro de 2025, em formato híbrido, manteve-se como o principal evento acadêmico sediado no Brasil com o propósito de fomentar ricas discussões sobre as diversas interseções entre o direito e a inteligência artificial. O evento, que teve como tema central a "Regulação da Inteligência Artificial", contou com a presença de renomados especialistas nacionais e internacionais, que abordaram temas de relevância crescente no cenário jurídico contemporâneo.

Profissionais e estudantes dos cursos de Direito, Administração, Economia, Ciência de Dados, Ciência da Computação, entre outros, tiveram a oportunidade de se conectar e compartilhar conhecimentos, promovendo um ambiente de rica troca intelectual. O VI CIDIA contou com a participação de acadêmicos e profissionais provenientes de diversas regiões do Brasil e do exterior. Entre os estados brasileiros representados, estavam: Alagoas (AL), Bahia (BA), Ceará (CE), Goiás (GO), Maranhão (MA), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Pará (PA), Paraíba (PB), Paraná (PR), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio de Janeiro

Foram discutidos assuntos variados, desde a própria regulação da inteligência artificial, eixo central do evento, até as novas perspectivas de negócios e inovação, destacando como os algoritmos estão remodelando setores tradicionais e impulsionando a criação de empresas inovadoras. Com uma programação abrangente, o congresso proporcionou um espaço vital para discutir os desafios e oportunidades que emergem com o desenvolvimento algorítmico, reforçando a importância de uma abordagem jurídica e ética robusta nesse contexto em constante evolução.

A programação teve início às 13h, com o check-in dos participantes e o aquecimento do público presente. Às 13h30, a abertura oficial foi conduzida pela Prof.^a Dr.^a Geneviève Poulingue, que, em sua fala de boas-vindas, destacou a relevância do congresso para a agenda global de inovação e o papel da SKEMA Brasil como ponte entre a academia e o setor produtivo.

Em seguida, às 14h, ocorreu um dos momentos mais aguardados: a Keynote Lecture do Prof. Dr. Ryan Calo, renomado especialista internacional em direito e tecnologia e professor da University of Washington. Em uma conferência instigante, o professor explorou os desafios metodológicos da regulação da inteligência artificial, trazendo exemplos de sua atuação junto ao Senado dos Estados Unidos e ao Bundestag alemão.

A palestra foi seguida por uma sessão de comentários e análise crítica conduzida pelo Prof. Dr. José Luiz de Moura Faleiros Júnior, que contextualizou as reflexões de Calo para a realidade brasileira e fomentou o debate com o público. O primeiro dia foi encerrado às 14h50 com as considerações finais, deixando os participantes inspirados para as discussões do dia seguinte.

As atividades do segundo dia tiveram início cedo, com o check-in às 7h30. Às 8h20, a Prof.^a Dr.^a Margherita Pagani abriu a programação matinal com a conferência Unlocking Business

Após um breve e merecido coffee break às 9h40, os participantes retornaram para uma manhã de intensas reflexões. Às 10h30, o pesquisador Prof. Dr. Steve Ataky apresentou a conferência Regulatory Perspectives on AI, compartilhando avanços e desafios no campo da regulação técnica e ética da inteligência artificial a partir de uma perspectiva global.

Encerrando o ciclo de palestras, às 11h10, o Prof. Dr. Filipe Medon trouxe ao público uma análise profunda sobre o cenário brasileiro, com a palestra AI Regulation in Brazil. Sua exposição percorreu desde a criação do Marco Legal da Inteligência Artificial até os desafios atuais para sua implementação, envolvendo aspectos legislativos, econômicos e sociais.

Nas tardes dos dois dias, foram realizados grupos de trabalho que contaram com a apresentação de cerca de 60 trabalhos acadêmicos relacionados à temática do evento. Com isso, o evento foi encerrado, após intensas discussões e troca de ideias que estabeleceram um panorama abrangente das tendências e desafios da inteligência artificial em nível global.

Os GTs tiveram os seguintes eixos de discussão, sob coordenação de renomados especialistas nos respectivos campos de pesquisa:

a) Startups e Empreendedorismo de Base Tecnológica – Coordenado por Allan Fuezi de Moura Barbosa, Laurence Duarte Araújo Pereira, Cildo Giolo Júnior, Maria Cláudia Viana Hissa Dias do Vale Gangana e Yago Oliveira

b) Jurimetria Cibernética Jurídica e Ciência de Dados – Coordenado por Arthur Salles de Paula Moreira, Gabriel Ribeiro de Lima, Isabela Campos Vidigal Martins, João Victor Doreto e Tales Calaza

c) Decisões Automatizadas e Gestão Empresarial / Algoritmos, Modelos de Linguagem e Propriedade Intelectual – Coordenado por Alisson Jose Maia Melo, Guilherme Mucelin e

f) Regulação da Inteligência Artificial – III – Coordenado por Ana Júlia Silva Alves Guimarães, Erick Hitoshi Guimarães Makiya, Jessica Fernandes Rocha, João Alexandre Silva Alves Guimarães e Luiz Felipe Vieira de Siqueira

g) Inteligência Artificial, Mercados Globais e Contratos – Coordenado por Gustavo da Silva Melo, Rodrigo Gugliara e Vitor Ottoboni Pavan

h) Privacidade, Proteção de Dados Pessoais e Negócios Inovadores – I – Coordenado por Dineia Anziliero Dal Pizzol, Evaldo Osorio Hackmann, Gabriel Fraga Hamester, Guilherme Mucelin e Guilherme Spillari Costa

i) Privacidade, Proteção de Dados Pessoais e Negócios Inovadores – II – Coordenado por Alexandre Schmitt da Silva Mello, Lorenzo Antonini Itabaiana, Marcelo Fonseca Santos, Mariana de Moraes Palmeira e Pietra Daneluzzi Quinelato

j) Empresa, Tecnologia e Sustentabilidade – Coordenado por Marcia Andrea Bühring, Ana Cláudia Redecker, Jessica Mello Tahim e Maraluce Maria Custódio.

Cada GT proporcionou um espaço de diálogo e troca de experiências entre pesquisadores e profissionais, contribuindo para o avanço das discussões sobre a aplicação da inteligência artificial no direito e em outros campos relacionados.

Um sucesso desse porte não seria possível sem o apoio institucional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito - CONPEDI, que desde a primeira edição do evento provê uma parceria sólida e indispensável ao seu sucesso. A colaboração contínua do CONPEDI tem sido fundamental para a organização e realização deste congresso, assegurando a qualidade e a relevância dos debates promovidos.

Reitora – SKEMA Business School - Campus Belo Horizonte

Prof. Ms. Dorival Guimarães Pereira Júnior

Coordenador do Curso de Direito – SKEMA Law School

Prof. Dr. José Luiz de Moura Faleiros Júnior

Coordenador de Pesquisa – SKEMA Law School

A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO TERCEIRO ATUANTE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UM NOVO PARADIGMA JURÍDICO?

ARTIFICIAL INTELLIGENCE AS A THIRD IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: A NEW LEGAL PARADIGM?

**Laura Maria Caldeira Reis
João Marcelo Dornela Francisco**

Resumo

Diante da crescente incorporação de inovações tecnológicas nas dinâmicas sociais e institucionais, a Inteligência Artificial (IA) tem se consolidado como parte integrante da medicina contemporânea, impulsionando transformações significativas no setor da saúde. Todavia, para além dos benefícios oriundos de sua utilização, é inquestionável que tais avanços também geram uma série de novos debates, e com eles, incertezas, quanto aos limites éticos, jurídicos e humanos dessa nova configuração assistencial. Nesse contexto, surge a discussão sobre o papel da IA no contexto clínico: essa ferramenta estaria promovendo apenas uma reconfiguração instrumental da atividade profissional, ou estamos diante de um novo paradigma relacional, em que a Inteligência Artificial se insere como um terceiro na relação médico paciente? Frente a esta indagação, o presente estudo propõe-se a examinar a influência da IA na reconfiguração dessa relação, investigando como sua atuação impacta princípios bioéticos, deveres jurídicos, responsabilidades civis e a própria dinâmica comunicacional entre médico e paciente. Ao longo da análise, serão discutidas oportunidades e riscos advindos da integração da Inteligência Artificial ao processo clínico, bem como as medidas necessárias para que a inovação tecnológica seja harmonizada com a preservação da autonomia, da transparência, da confiança e da centralidade do julgamento clínico humano.

Palavras-chave: Inteligência artificial, Relação médico-paciente, Bioética

Abstract/Resumen/Résumé

In light of growing incorporation of technological innovations into social and institutional

liabilities, and dynamics of communication between doctor and patient. Throughout the analysis, opportunities and risks stemming from the integration of Artificial Intelligence into the clinical process will be discussed, as well as the measures necessary to ensure that technological innovation is harmonized with preservation of autonomy, transparency, trust, and the centrality of human clinical judgment.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Artificial intelligence, Doctor–patient relationship, Bioethics

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, diante dos constantes avanços nas ciências da computação e da informática, aliados à crescente incorporação de inovações tecnológicas nas dinâmicas sociais e institucionais, a Inteligência Artificial (IA) tem se consolidado como parte integrante da medicina contemporânea, impulsionando transformações significativas e multifacetadas no setor da saúde. Todavia, para além dos diversos benefícios oriundos de sua utilização - como o aprimoramento da acurácia diagnóstica, a celeridade nos procedimentos e a ampliação do acesso à informação - é inquestionável que tais avanços também geraram uma série de novos debates e, com eles, incertezas quanto aos limites éticos, jurídicos e humanos dessa nova configuração assistencial.

Nesse contexto, surge uma questão de extrema relevância: a utilização da Inteligência Artificial na prática médica estaria promovendo apenas uma reconfiguração instrumental da atividade profissional, ou estaríamos diante de um novo paradigma relacional, no qual a IA se insere como um terceiro atuante na relação médico-paciente?

Tal questionamento advém da constatação de que a função da Inteligência Artificial na prática médica vem deixando de se limitar a um instrumento técnico de retaguarda, utilizado para funções meramente operacionais, para assumir, em determinadas situações, o papel de coparticipante ativa no processo de cuidado, influenciando de maneira concreta o processo decisório clínico. A título de exemplo, menciona-se o caso do sistema “*Watson for Oncology*”, desenvolvido pela *International Business Machines Corporation* (IBM) com o intuito de auxiliar médicos no diagnóstico e tratamento de câncer por meio de *insights* gerados por inteligência artificial, o qual chegou a ser empregado diretamente em decisões terapêuticas envolvendo pacientes oncológicos.

Assim, diante de cenários como este, faz-se necessário refletir sobre a real extensão da atuação da Inteligência Artificial no contexto clínico e os efeitos que a presença desta ferramenta pode gerar na tradicional estrutura da relação médico-paciente, caracteristicamente marcada pela comunicação interpessoal, pela confiança mútua e pela centralidade do ser humano no processo de cuidado.

Decerto, a contínua inserção de aparatos tecnológicos na rotina assistencial tem, de certa forma, deslocado a tomada de decisão do profissional da saúde, e transferido, ainda que parcialmente, o encargo de certas escolhas clínicas a modelos computacionais que operam com base em lógica probabilística, aprendizado estatístico e análise de grandes volumes de dados médicos. Tais sistemas, embora poderosos e promissores em termos de precisão e

agilidade, não estão imunes a incoerências, vieses e incongruências interpretativas, sobretudo quando sobrepostos a randômica relação humana e aos infortúnios biopsicossociais que permeiam o cuidado em saúde.

Pela imersão da IA como possível agente ativo no processo clínico, a tradicional relação médico-paciente passa a ser o foco em ponderações éticas, comunicacionais e normativas. Comumente, a técnica e a precisão médicas são postas de frente a habilidades socioemocionais como empatia, escuta ativa e julgamento clínico individualizado, gerando um espaço para decisões que, embora embasadas em evidências, são oriundas de um sistema de trato humanizado que leva em consideração fundamentos específicos para o paciente em questão. A IA, nesse contexto, é inserida não somente como um complemento do raciocínio clínico: ela o influencia e, por vezes, o redireciona, exigindo nova reflexão sobre os limites da autonomia do profissional e do paciente, bem como sobre as responsabilidades decorrentes de eventuais falhas no processo assistencial.

Esse contexto escancara a necessidade de ponderar acerca das dinâmicas institucionais, éticas e operacionais que sustentam o cuidado em saúde na realidade contemporânea. Por um lado, vislumbra-se um horizonte de possibilidades para a otimização do serviço, com diagnósticos mais rápidos, triagens automatizadas e suporte à decisão baseado em evidências atualizadas em tempo real. Por outro lado, vêm à tona desafios inéditos: como garantir a transparência algorítmica? Como assegurar o consentimento informado diante de operações cujo funcionamento não é plenamente compreendido nem mesmo pelos próprios desenvolvedores? Como atribuir responsabilidade jurídica quando uma decisão clínica é compartilhada entre humano e máquina?

É, portanto, à luz dessa transformação que se propõe a presente investigação: compreender se a Inteligência Artificial, em face à crescente autonomia funcional que lhe é conferida, pode ser considerada um terceiro atuante na relação médico-paciente e quais seriam as implicações éticas, jurídicas e humanas derivadas dessa reconfiguração. Especificamente, busca-se analisar os impactos desse novo contexto e refletir se, de fato, a contemporaneidade presencia um novo paradigma nas relações de responsabilidade, ética e autonomia em saúde.

Visando a delimitação e desenvolvimento do tema apresentado, a pesquisa que se propõe é qualitativa quanto à abordagem do problema, uma vez que pretende identificar, por meio da coleta e da análise de informações de fontes secundárias, o impacto da atuação da Inteligência Artificial na relação médico-paciente. Quanto ao objetivo, a presente pesquisa se qualifica como exploratória, tendo em vista que visa analisar e investigar implicações éticas e jurídicas envolvidas de um possível novo paradigma relacional. No tocante aos métodos, ela

pautar-se no método dedutivo, de forma que através do uso da lógica e do raciocínio pretende chegar nas conclusões da premissa. Em relação às técnicas a serem usadas para sua realização, serão utilizadas a pesquisa documental e a bibliográfica, com a utilização de dados extraídos de artigos de revistas e jornais, teses e dissertações especializadas sobre o tema. Por fim, no que diz respeito aos instrumentos de coleta de dados, pretende-se usar a análise de conteúdo.

2. A ESTRUTURA TRADICIONAL DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente, enquanto núcleo essencial da prática clínica, passou por transformações significativas ao longo da história, especialmente diante da evolução das ciências da saúde e da consolidação da bioética como marco orientador de condutas. Este capítulo propõe uma análise abrangente dessa estrutura tradicional, examinando desde sua evolução histórica até a influência dos princípios bioéticos na superação do modelo paternalista e na consolidação de um paradigma participativo. Na sequência, serão discutidos elementos específicos que sustentam o princípio da autonomia, fundamentais para a tomada de decisões clínicas livres e esclarecidas, e essenciais para que se estabeleça uma relação médico-paciente cooperativa e baseada no respeito mútuo, na transparência e na confiança, de modo a assegurar a efetiva participação do paciente no processo terapêutico e o fortalecimento do vínculo entre as partes.

2.1. Evolução histórica e bioética como marco transformador

A relação médico-paciente constitui o núcleo central da prática clínica e da assistência em saúde, sendo historicamente moldada por elementos de confiança, responsabilidade e compromisso ético. Embora tenha assumido diferentes contornos ao longo do tempo — afinal, assim como as transformações sociais e tecnológicas, a relação entre médicos e pacientes sofreu alterações com o passar das décadas — esse vínculo sempre esteve atrelado à ideia de cuidado e ao reconhecimento da vulnerabilidade do paciente diante do saber técnico-científico do profissional de saúde.

Durante muito tempo, essa relação foi marcada por fortes traços de paternalismo, modelo no qual o médico exercia autoridade exclusiva sobre o diagnóstico e o tratamento, tomando decisões de forma unilateral, com pouca ou nenhuma participação do paciente. Conforme exposto por Pazzinatto (2019), priorizava-se uma perspectiva hipocrática da

medicina, segundo a qual o médico, como detentor do saber científico, não apenas poderia, mas frequentemente deveria definir, sozinho, a conduta terapêutica mais adequada à condição do paciente. Ainda segundo a autora, o profissional, ao buscar determinar aquilo que julgava ser o “melhor” para o paciente, muitas vezes contrariava sua vontade, mantendo-o em uma posição submissa dentro de uma relação evidentemente assimétrica e hierarquizada.

Tem-se, portanto, como relativamente recente o entendimento de que a relação entre médicos e pacientes deve ser pautada por maior interação, diálogo e participação mútua nas decisões terapêuticas.

Por certo, especialmente a partir da segunda metade do século XX, com a ampliação dos debates éticos no campo da saúde e a crescente preocupação com a fixação de diretrizes éticas para a prática médica, o modelo tradicional de cunho paternalista — no qual o médico, de forma isolada, decidia sobre a conduta terapêutica considerada mais adequada — foi gradualmente superado, dando lugar à adoção de práticas baseadas na ética aplicada, com ênfase no respeito à autonomia do paciente e na construção de uma relação simétrica, pautada na comunicação intersubjetiva entre médico e paciente.

Nesse novo contexto, iniciou-se a busca pela superação das práticas verticalizadas e pela consolidação de uma assistência pautada pelo diálogo e pela valorização da pessoa humana, dando início a um processo essencial de transformação na prática médica no qual a bioética assumiu uma posição central, emergindo como um campo interdisciplinar fundamental para a orientação das condutas em saúde.

Conforme define Reich (1978), “a bioética é o estudo da conduta humana na área das ciências da vida e da atenção à saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz dos princípios e valores morais”. Trata-se, portanto, de uma ciência do direito que não apenas orienta decisões, mas também, como constata Simonelli (2023), é capaz de fornecer as bases legais e interpretativas essenciais para a integração entre as ciências da saúde e a dignidade da pessoa humana, a partir de perspectivas específicas que envolvem o processo decisório das questões de saúde.

Certamente, um dos marcos mais influentes para a consolidação da bioética como norteadora de comportamentos na prática clínica é a obra *Principles of Biomedical Ethics*, publicada ainda em 1979 por Tom L. Beauchamp e James F. Childress. A partir desse trabalho, foi estruturado um enfoque principialista no estudo da bioética, com a definição de quatro premissas fundamentais e norteadoras à tomada de decisões nas práticas de saúde: o respeito à autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

O princípio da autonomia, nas palavras de Simonelli (2023), “representa a devida reverência à autodeterminação, a partir de uma capacidade decisória sobre o fazer ou não fazer, de acordo com suas próprias convicções”. Pauta-se, portanto, no reconhecimento de que o indivíduo possui a capacidade de se autodominar, estabelecendo o direito do paciente de tomar decisões sobre sua saúde com base em informações claras, compreensíveis e livres de coerção, com o consequente dever do profissional de saúde de garantir escuta ativa, transparência e respeito às escolhas individuais.

Já o princípio da beneficência estabelece o dever de promover o bem-estar do paciente por meio de ações voltadas à prevenção de danos, à promoção da saúde e à maximização de benefícios, instituindo uma “obrigação moral intrínseca à atividade assistencial em saúde de agir, sistematicamente, em benefício do assistido, potencializando as benesses do tratamento dispensado, em contrapartida aos possíveis prejuízos decorrentes da atuação profissional” (Simonelli, 2023). Complementarmente, o princípio da não maleficência, tradicionalmente sintetizado pela máxima hipocrática *primum non nocere* (“em primeiro lugar, não causar dano”), impõe ao profissional de saúde a obrigação de evitar qualquer conduta potencialmente prejudicial ao paciente, operando como limite à atuação médica.

Por fim, o princípio da justiça exige a distribuição equitativa de recursos e cuidados, assegurando o tratamento igualitário dos pacientes, independentemente de sua origem, condição socioeconômica ou qualquer outro fator discriminatório. Trata-se de assegurar uma distribuição justa de bens e recursos comuns, conforme explica Simonelli (2023), com o objetivo de fornecer a cada indivíduo o que realmente necessita, respeitando as particularidades e necessidades específicas de cada um.

Concebidos, portanto, como diretrizes orientadoras e não como normas absolutas, os quatro princípios bioéticos consagrados por Beauchamp e Childress oferecem um modelo flexível de análise ética, aplicável a diversos contextos clínicos por meio de ponderação caso a caso. Por certo, ao possibilitarem a ponderação entre valores frequentemente concorrentes, esses princípios contribuíram de forma significativa para a superação de práticas unilaterais e hierarquizadas, favorecendo a construção de modelos assistenciais mais dialógicos e participativos, nos quais o paciente é reconhecido como sujeito ativo de direitos, e o profissional de saúde, como agente moral comprometido com o cuidado, a equidade e o diálogo.

Verifica-se, portanto, que a bioética principiológica não apenas transformou a dinâmica da relação médico-paciente, mas também forneceu uma base sólida para a prática

médica contemporânea, pautada pela ética, pelo respeito à autonomia e pela promoção do bem-estar do paciente. Inquestionavelmente, ao deslocar o centro das decisões médicas para uma lógica mais dialógica e ponderada, essa abordagem favoreceu a construção de um cuidado mais humanizado, comprometido não apenas com a técnica, mas também com os valores, as necessidades e as singularidades de cada paciente.

2.2. Transparência, Confiança e Direito à Informação como Pressupostos do Princípio da Autonomia

Ao discorrer sobre a ética médica, Simonelli (2023) aponta como preceitos básicos e recíprocos da relação médico-paciente o direito à informação, a transparência e a confiança. Nesse mesmo contexto, Toledo (2021) enfatiza que a troca mútua de informações entre as partes é um instrumento crucial para uma relação harmoniosa entre o profissional de saúde e o paciente. E, ainda sobre essa questão, Luz (2025) ressalta que a transparência e a comunicação eficaz são as chaves para uma relação médico-paciente robusta e segura, representando um ganho inestimável para todas as partes envolvidas e um pilar fundamental para a excelência na prática da saúde.

Por certo, todos esses elementos — direito à informação, transparência, confiança e comunicação eficaz — implicam a manifestação prática de uma das premissas fundamentais da contemporânea relação médico-paciente: o respeito à autonomia.

A autonomia, conforme já exposto, é um preceito voltado à noção de autogoverno, ou seja, à capacidade decisória do indivíduo de determinar o que deve ser feito com base em suas próprias convicções. No campo da saúde, a consolidação desse princípio como fundamento da prática clínica moderna não apenas rompeu com o antigo modelo paternalista, mas também reconheceu o paciente como sujeito ativo nas decisões, originando, de forma indissociável, deveres correspondentes aos profissionais de saúde.

Conforme afirmam Ugarte e Accioly (2014), “sem compreensão, não há autonomia”. Sob essa perspectiva, os autores ressaltam que o exercício da autonomia do paciente somente se concretiza quando o médico cumpre os deveres de informar de forma clara e de auxiliar no processo de tomada de decisão. Desse modo, a efetividade desse princípio está diretamente condicionada à qualidade da comunicação estabelecida, constituindo elemento indispensável para a construção de uma relação médico-paciente pautada no modelo de decisão participativa, que, também segundo Ugarte e Accioly (2014), corresponde ao “ideal do ponto

de vista ético, no qual o médico informa, orienta e aconselha o paciente, encorajando-o à tomada de decisões livres e conscientes”.

Nesse sentido, diante de um cenário em que tanto o médico quanto o paciente atuam como agentes ativos no processo de decisão clínica, a efetivação de um relacionamento verdadeiramente participativo e da tomada conjunta de decisões tem como premissa básica a existência de transparência e confiança.

Ao tratar da transparência, é necessário reconhecer que, na relação médico-paciente, não basta a simples prestação genérica de informações, sendo imperativo que a comunicação seja estabelecida entre as partes de forma a garantir que a mensagem seja integralmente transmitida e efetivamente compreendida pelo paciente para que sua decisão seja verdadeiramente consciente e informada (Luz, 2025). Para tanto, o profissional de saúde tem o dever inescusável de fornecer explicações claras, completas e adequadas à realidade do paciente, contemplando não apenas os aspectos técnicos do diagnóstico ou tratamento, mas também as implicações práticas, os riscos, os benefícios e as alternativas possíveis, criando, assim, condições efetivas para o exercício pleno da autonomia.

A confiança, por sua vez, representa o vínculo interpessoal que leva o paciente a acreditar na competência técnica, na integridade e no compromisso ético do profissional de saúde. Assim, quando presente, fortalece a adesão às condutas pactuadas, incentiva o compartilhamento de informações e reforça a transparência ao criar um ambiente propício para o diálogo aberto e a troca honesta de dados relevantes, tornando-se, assim, elemento essencial para a consolidação de um modelo de decisão clínica verdadeiramente participativo.

Desse modo, quanto conjugadas de forma interdependente, a confiança e a transparência criam as condições necessárias para um processo decisório pautado na cooperação e no diálogo qualificado, viabilizando a participação ativa do paciente e consolidando as bases éticas e normativas da escolha clínica.

Diante dessas considerações, apresenta-se, por fim, como terceiro elemento central para o exercício da autonomia e para a legitimidade das decisões clínicas, o direito à informação. Conforme observam Ugarte e Accioly (2014), o paciente somente pode exercer sua autonomia de forma plena se nenhum procedimento terapêutico for realizado sem o seu consentimento, o qual pode ser formalizado verbalmente ou por escrito. Para que tal consentimento seja válido, contudo, é indispensável que seja precedido de explicações claras e adequadas sobre os benefícios, riscos e possíveis consequências da intervenção proposta. Assim, o dever de informar, segundo os autores, configura-se como condição imprescindível para a validação do consentimento.

Nessa perspectiva, destaca-se o entendimento de Silva *et al.* (2012) de que “a autonomia materializa-se no consentimento livre e esclarecido”. No mesmo sentido, Clotet (1995) sustenta que o consentimento informado constitui condição indispensável na relação médico-paciente, configurando-se como decisão voluntária de pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, com vistas à aceitação de determinado tratamento ou experimentação, ciente de sua natureza, consequências e riscos. Para o autor, o exercício desse instituto pressupõe, primordialmente, uma relação humana pautada no diálogo, afastando qualquer postura arbitrária ou autoritária do médico e reafirmando o reconhecimento do paciente como ser autônomo, livre e digno de respeito.

Conclui-se, portanto, frente a todo o exposto, que a autonomia, a transparência, a confiança, o direito à informação e o consentimento livre e esclarecido constituem pilares fundamentais da relação médico-paciente contemporânea, orientando condutas éticas, fortalecendo o vínculo terapêutico e assegurando a participação ativa do paciente nas decisões clínicas. Por certo, ao tratar desses fatores, Simonelli (2023) é cirúrgico ao dispor:

Direito à informação, transparência e confiança são preceitos básicos e recíprocos dentro dessa sagrada relação que, com o passar dos anos e a evolução da sociedade, começou a demandar um olhar mais técnico e burocrático, a fim de se adequar e atender às contendas eminentemente jurídicas que, em sua essência, estão ligadas à ética.

Evidentemente, essa constatação se manifesta na transição de um modelo paternalista para um modelo participativo da relação médico-paciente e, na atualidade, enfrenta nova reconfiguração: diante das transformações tecnológicas contemporâneas — em especial, a incorporação progressiva da Inteligência Artificial na prática médica — esses mesmos pilares assumem contornos ainda mais complexos e desafiadores, exigindo constante revisão de seus fundamentos éticos e jurídicos.

3. O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA) NA MEDICINA

O implemento de Inteligência Artificial (IA) nas técnicas médicas configura um dos desenvolvimentos de maior potencial das últimas décadas, repercutindo de maneira profunda nos processos de diagnóstico, prognóstico e gestão de recursos clínicos. Neste capítulo, almeja-se uma análise abrangente das principais aplicações de IA na área, com exemplificações de dois casos reais de destaque: o *Watson for Oncology*, da IBM, e soluções de triagem de COVID-19 implementadas na Europa. Por fim, há a reflexão acerca da

dualidade entre os benefícios técnicos e operacionais alcançados e os riscos inerentes à incorporação dessas tecnologias em ambientes clínicos.

3.1 Abordagens de Inteligência Artificial na Medicina Contemporânea: Tipos e Aplicações Clínicas

Inicialmente, as abordagens de IA mais consolidadas na prática médica podem ser agrupadas em três grandes categorias (Bartenschlager et al., 2023). Na primeira delas, tem-se o aprendizado de máquina supervisionado, que usa de modelos treinados com dados rotulados para realizar tarefas como classificação de imagens — por exemplo, identificar nódulos malignos em tomografias — ou prever desfechos clínicos, como risco de readmissão. Em segundo lugar, o aprendizado não supervisionado utiliza de padrões de bases de dados extensas sem a necessidade de rotulações prévias, apoiando a estratificação de pacientes e a descoberta de novos subgrupos de doenças. Por último, ainda nos ensinamentos de Bartenschlager (2023), destacam-se o aprendizado por reforço e as abordagens de IA explicável (XAI): o primeiro objetiva otimizar estratégias de cuidado por meio de recompensas definidas por *feedbacks*, enquanto o segundo busca fornecer justificativas transparentes para as recomendações algorítmicas, fator crucial para a confiança dos profissionais de saúde.

Na maioria das implementações, essas técnicas são integradas em sistemas de pré-processamento de dados — incluindo limpeza, normalização e extração de características (*feature engineering*) — seguidas pela aplicação de modelos preditivos ou de suporte à decisão, conforme a resposta dos profissionais da saúde acerca do resultado obtido (Kim et al., 2022). A combinação de diferentes métodos permite alcançar maior robustez e adaptabilidade, uma vez que cada técnica compensa limitações de outra (Bartenschlager et al., 2023).

As aplicações de IA em procedimentos clínicos incluem, sobretudo, algoritmos diagnósticos avançados e sistemas de triagem automatizada. No que tange aos algoritmos diagnósticos, a visão computacional tem se destacado por redes neurais profundas que analisam imagens de radiologia — radiografias de tórax, tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas — na busca por alterações sugestivas de pneumonia, fraturas ou tumores, com níveis de sensibilidade e especificidade aceitáveis, quando comparados aos obtidos por especialistas humanos (Kim et al., 2022). Para mais, modelos de aprendizado de

máquina processam dados genômicos para classificar subtipos de neoplasias e auxiliar na seleção de terapias-alvo personalizadas (Bartenschlager *et al.*, 2023).

Em relação à triagem automatizada, plataformas de atendimento remoto e aplicativos móveis orientam pacientes e priorizam fluxos de atendimento. Exemplos que se destacam incluem sistemas de decisão apoiada que processam chamadas de emergência e *pipeline* de IA capazes de ajudar os médicos a gerenciar melhor os recursos limitados, se preparar para eventos adversos e manter um ambiente seguro para a equipe e outros pacientes (Kim *et al.*, 2022). Essas soluções reduzem o tempo de espera no serviço de pronto socorro e otimizam o uso de leitos e recursos hospitalares.

3.2. Estudos de Caso: *Watson for Oncology* e Soluções de Triagem para COVID-19

Para ilustrar de forma concreta as potencialidades e limitações da aplicação da Inteligência Artificial na medicina, apresentam-se a seguir dois casos emblemáticos de sua utilização.

O primeiro deles é o *Watson for Oncology*, fruto de parceria entre a IBM e o *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*, objetiva auxiliar oncologistas na elaboração de planos terapêuticos seguindo ditames da prática baseada em evidência (Dolfing, 2024). Seguindo a lógica do processamento de linguagem natural e aprendizado de máquina (*machine learning*), o sistema *Watson* processa as diretrizes, os artigos e os registros de casos para gerar recomendações de tratamento adequados ao contexto apresentado. Segundo Dolfing (2024), apesar de promissor, o projeto enfrentou desafios significativos, dentre eles, orientações fornecidas incongruentes com práticas locais, interface do usuário com dificuldades operacionais e recomendações corrompidas e impróprias que foram comprometedoras à confiança médica. Em resultado, houve o cancelamento de contratos e a descontinuação de parte dos serviços do *Watson Health* em 2023, evidenciando a necessidade de supervisão ética reforçada para adaptação contextual e de *feedback* médico contínuo, paralelo ao treinamento da máquina (Dolfing, 2024).

O segundo caso de estudo foi verificado em cenário distinto, mas igualmente desafiador, durante a pandemia de COVID-19, quando a sobrecarga dos sistemas de saúde europeus impulsionou o desenvolvimento acelerado de soluções de IA voltadas à triagem e à gestão de pacientes. Segundo Chris Kim (2022), os hospitais integraram redes neurais capazes de analisar radiografias de tórax em tempo real, detectando rapidamente sinais de comprometimento pulmonar e auxiliando na priorização de situações graves. Em paralelo,

modelos preditivos treinados com registros clínicos e laboratoriais classificaram o risco de evolução para formas graves da doença, orientando a alocação de leitos de UTI e ventiladores. Ademais, aplicativos de tele triagem interativamente aplicaram questionários inteligentes para recomendar cuidados domiciliares ou encaminhamento ao hospital, contribuindo diretamente para a redução de deslocamentos urbanos e para a preservação da capacidade dos serviços de emergência (Kim *et al.*, 2022). Esse conjunto de iniciativas resultaram na diminuição da demanda hospitalar e na celeridade da tomada de decisões, embora tenham ressaltado limitações relacionadas à qualidade dos dados de entrada e à necessidade de supervisão médica permanente, bem como na fragilização da relação direta entre médico e paciente.

3.3. Avaliação Geral: Benefícios, Limitações e Riscos Associados

Sob uma perspectiva geral, a aplicação da Inteligência Artificial na medicina, como apresentado neste capítulo, tem propiciado ganhos expressivos, dentre eles: velocidade e escalabilidade, com diagnósticos gerados em tempo extremamente reduzido e que viabiliza o atendimento em larga escala sem comprometer, em escala prejudicial, a qualidade do serviço; padronização de protocolos e a consequente adoção de diretrizes unificadas, particularmente em centros com escassez de especialistas; e, por fim, o uso eficiente de recursos em conjunto com a otimização de leitos, insumos e tempo de equipe, com potencial diminuição de custos operacionais.

Sob outro ponto de vista, pelas palavras de Bertolini e Mascarenhas (2025) “a IA é uma ferramenta à disposição do profissional da medicina. Não substitui o médico, é apenas um instrumento que deve ser incorporado ao exercício profissional sem representar uma substituição do profissional físico pelo profissional ‘virtual’”. Nessa toada, vislumbram-se problemáticas desafiadoras na adoção de IA na prática clínica, destacando-se: gestão de dados, excessiva credibilidade a recomendações automatizadas, negligência à validação clínica necessária, desigualdades de acesso para regiões com infraestrutura limitadas e, por fim, assimetrias informacionais entre paciente, médico e máquina.

Diante do que foi apresentado neste capítulo, a inteligência artificial em conjunto com a prática médica revela um cenário de grandes oportunidades, ao mesmo tempo em que evidencia riscos relevantes a serem considerados. Casos como *Watson for Oncology* e as soluções de triagem de COVID-19 ilustram os potenciais ganhos em eficiência e celeridade dos processos de análise e detecção de patologias. Em princípio, tecnologias de aprendizado supervisionado, não supervisionado, reforço e XAI oferecem suporte robusto a decisões

clínicas, mas dependem de governança adequada, validação contínua e adaptação ao contexto local para garantir segurança e eficácia. Indispensável é, porém, a análise humana do profissional da saúde, segundo Bertolini e Mascarenhas (2025):

Esse uso deve ser responsável, transparente e, sobretudo, crítico. Diagnósticos, condutas ou documentos elaborados com o auxílio da IA não são infalíveis, de modo que o profissional da medicina, para não responder civilmente pelo mau uso tecnológico ou por eventuais alucinações tecnológicas precisa supervisionar os atos da IA e, diante das sugestões propostas, refletir sobre a verossimilhança dos dados extraídos. Paralelamente, para que o processo de consentimento informado seja válido, é ainda fundamental que o paciente seja informado sobre o uso da IA, sob pena de termos um processo de consentimento deficiente.

Em meio a percalços acerca da operação e gestão dos resultados da máquina, a adoção responsável de IA exige esforços coordenados entre desenvolvedores, profissionais de saúde, órgãos reguladores e pacientes, visando maximizar benefícios técnicos e operacionais em paralelo a mitigação de riscos éticos, clínicos e sociais. O aparato tecnológico tem limitações, por isso, a apuração médica deve acompanhar essa relação com o crivo ético necessário.

4. A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO TERCEIRO ATUANTE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: REPERCUSSÕES ÉTICO-JURÍDICAS

A consolidação da Inteligência Artificial (IA) como elemento ativo na medicina inaugura um momento singular na história da prática clínica. Se, por um lado, sua incorporação aos processos assistenciais amplia a capacidade diagnóstica, otimiza fluxos e oferece suporte a decisões complexas, por outro, provoca uma reconfiguração profunda na tradicional relação médico-paciente, deslocando-a de um modelo estritamente binário para uma dinâmica tripartite, na qual a tecnologia atua como terceiro participante do espaço decisório. Essa transição, carregada de potencialidades e riscos, impõe questionamentos sobre o impacto ético, jurídico e relacional dessa nova configuração. Nesse sentido, o presente tópico se propõe a examinar tais repercussões, abordando desde as transformações no vínculo tradicional até a necessidade de redefinir responsabilidades, salvaguardas e parâmetros normativos, a fim de assegurar que a integração entre expertise humana e sistemas algorítmicos se dê de forma equilibrada e em consonância com a dignidade e a autonomia do paciente.

4.1. Transformações no vínculo tradicional e o surgimento de um novo paradigma relacional

Diante do já estabelecido cenário de transformações tecnológicas na área da saúde, a Inteligência Artificial (IA) tem se consolidado como parte integrante da medicina contemporânea, sendo incorporada aos ambientes clínicos de maneira progressiva e multifacetada, desempenhando desde tarefas operacionais e preditivas até funções decisórias complexas, como já amplamente exposto no tópico anterior. Nesse contexto, embora se reconheça a ampla gama de benefícios decorrentes da utilização da Inteligência Artificial na área da saúde, é inegável que a incorporação dessa ferramenta vem alterando de forma substancial a maneira como os serviços médicos são prestados.

À medida que a atuação da Inteligência Artificial na prática médica deixa de se limitar a um simples instrumento técnico de retaguarda, utilizado para funções operacionais, e passa a influenciar de maneira concreta o processo clínico decisório, sua introdução nos ambientes clínicos têm provocado alterações significativas na dinâmica relacional entre médicos e pacientes, impactando diretamente a estrutura binária tradicional que caracteriza historicamente essa interação. Assim, ao mediar, influenciar ou até mesmo determinar condutas clínicas, a IA assume de forma progressiva o papel de terceiro atuante no espaço decisório, deslocando parte da centralidade que antes pertencia exclusivamente ao profissional de saúde.

Nesse novo arranjo relacional, o vínculo médico-paciente passa a ser compartilhado com sistemas algorítmicos capazes de processar grandes volumes de dados, emitir prognósticos e sugerir intervenções com base em modelos probabilísticos. Essa tríade — médico, paciente e IA — inaugura um novo paradigma relacional, no qual as decisões clínicas não decorrem unicamente da expertise humana ou da vontade do paciente, mas também da lógica computacional de sistemas treinados para aprender padrões e propor respostas consideradas “otimizadas”.

Necessário reconhecer, com isso, que a dependência da IA na área da saúde, como corretamente apontado por Idris *et al.* (2024), corre o risco de corroer os elementos humanos essenciais da relação médico-paciente, como empatia, confiança e atendimento personalizado, fundamentais para o atendimento e a recuperação eficazes do paciente. Por certo, à medida que sistemas algorítmicos passam a intermediar interações e decisões clínicas, observa-se o surgimento de riscos concretos à preservação dos próprios princípios basilares da bioética.

Como exemplo, destaca-se o caso do já mencionado sistema *Watson for Oncology*, que, ao sugerir tratamentos automatizados inadequados e incompatíveis com diretrizes clínicas, desconsiderando nuances subjetivas essenciais ao cuidado individualizado, comprometeu os princípios da beneficência e da não maleficência, colocando em risco a segurança e o bem-estar dos pacientes. Trata-se, também, dos sistemas de IA do tipo *black box*, caracterizados por sua opacidade — isto é, pela impossibilidade de se compreender como suas decisões são produzidas internamente —, os quais, conforme adequadamente exposto por Hallowell *et al.* (2023), revelam-se particularmente ameaçadores à tomada de decisão compartilhada, uma vez que a ausência de explicabilidade pode comprometer a autonomia do paciente e dificultar sua capacidade de tomar decisões informadas.

Não há dúvidas, portanto, que a incorporação da Inteligência Artificial nas práticas de saúde, embora promissora sob o ponto de vista técnico, impõe desafios éticos, relacionais e inclusive jurídicos, que não podem ser negligenciados.

Nesse contexto, faz-se cristalina, e até mesmo urgente, a demanda por uma reconfiguração da relação médico-paciente, na qual a confiança, até então fundada no vínculo interpessoal, passa também a depender da confiabilidade atribuída aos sistemas digitais. Ao assumir funções decisórias que transcendem o caráter meramente instrumental, a inteligência artificial exige uma ética relacional ampliada, na qual o diálogo e a transparência devem ser ainda mais fortalecidos para que a simetria comunicacional não seja comprometida. Certamente, como enfatizam Idris *et al.* (2024), a alteração da dinâmica médico-paciente pode prejudicar os relacionamentos tradicionais se não for gerida de maneira colaborativa, sendo essencial que o desenvolvimento dos sistemas de IA seja direcionado para aprimorar, e não minar, a prática médica.

Trata-se, assim, de um verdadeiro deslocamento paradigmático, que convida a uma releitura dos papéis tradicionais no campo da assistência médica.

4.2. Integração da IA como Terceiro Atuante na Prática Clínica

Conforme já amplamente destacado neste estudo, não há dúvidas de que a inserção da Inteligência Artificial como elemento influente nas decisões clínicas impõe a necessidade de uma reflexão jurídica aprofundada acerca dos limites, responsabilidades e garantias que devem nortear esse novo arranjo relacional. Afinal, a atuação da IA como um possível “terceiro não humano” na relação médico-paciente não pode ser dissociada das normas que

regem o exercício profissional da medicina, da tutela dos direitos do paciente e da regulação das tecnologias em saúde.

Nesse cenário, a progressiva presença de sistemas alimentados por Inteligência Artificial na prática clínica desafia os princípios bioéticos já identificados como centrais à relação médico-paciente, impondo a necessidade de repensar as bases normativas e éticas que sustentam essa interação. Por certo, fala-se em “repensar” justamente porque não cabe — e, no contexto contemporâneo, arrisca-se dizer que sequer é possível — colocar a dimensão humana e a tecnológica em lados opostos, sendo essencial integrá-las de forma equilibrada. Como advertem Adami *et al.* (2025), à medida que os sistemas de IA avançam, as estruturas bioéticas precisam ser atualizadas para enfrentar novos desafios, enquanto o próprio desenvolvimento tecnológico deve, desde sua concepção, incorporar diretrizes éticas claras e efetivas.

Sob essa ótica, será tratado mais especificamente, em primeiro plano, a interferência da Inteligência Artificial na já exposta manifestação prática do princípio bioético do respeito à autonomia. A esse respeito, há muitas indagações a se levantar: será a IA capaz de respeitar ou comprometer esse processo decisório informado? Como o consentimento se adapta com a entrada de um “terceiro atuante”? O direito à informação será preservado diante de modelos algorítmicos opacos e de difícil explicação ao paciente? E, ainda, será possível manter a transparência, a confiança e a comunicação eficaz quando parte da decisão clínica é mediada por sistemas automatizados?

O consentimento informado, enquanto materialização do princípio da autonomia (Silva *et al.*, 2012), é um dos focos da reconfiguração da relação médico-paciente diante da incorporação de sistemas de Inteligência Artificial na assistência à saúde. No modelo paternalista, reduzia-se a uma formalidade documental, enquanto com a evolução da principiologia bioética assumiu a forma de um processo dialógico e deliberativo, que legitima a autodeterminação do paciente. Agora, em um cenário em que a IA frequentemente assume papel terciário nas decisões clínicas, inaugura-se uma nova etapa evolutiva, que exige revisões substanciais no conteúdo, na forma e nas condições em que esse consentimento é obtido e validado.

No contexto atual, o princípio da transparência, enquanto corolário direto da autonomia e condição indispensável para a decisão compartilhada, é acompanhado por novos contornos. Como enfatizam Bortolini e Mascarenhas (2025), “há um dever de transparência de que os atos e documentos médicos foram influenciados pela incorporação do uso da IA”, de modo que os ganhos de eficiência, potencial eficácia diagnóstica e celeridade no ato

médico devem ser acompanhados da informação expressa de que a tecnologia foi utilizada como instrumento de apoio. Nesse sentido, é imperativo que “os pacientes sejam informados sempre que a tecnologia for empregada em seu tratamento, incluindo quais dados serão coletados, bem como as formas de uso, tratamento e proteção dessas informações” (Bortolini; Mascarenhas, 2025).

Desse modo, a omissão desses esclarecimentos compromete a integridade do processo de consentimento informado, pois, como advertem Bortolini e Mascarenhas (2025), “é ainda fundamental que o paciente seja informado sobre o uso da IA, sob pena de termos um processo de consentimento deficiente”. Assim, a transparência, mais do que um imperativo ético-jurídico, constitui pilar de confiança indispensável para a preservação de uma relação médico-paciente segura e equilibrada na era digital.

A confiança e a decisão compartilhada, por sua vez, demandam reestruturação, reclamando uma base comunicacional renovada na prática clínica mediada por Inteligência Artificial. Assim, o uso idealizado dessas ferramentas pressupõe que o médico atue como mediador ético, interpretando, contextualizando e traduzindo as recomendações algorítmicas ao paciente, de modo a preservar diálogo e escuta ativa.

Como ressalta Soares (2025), por mais avançadas e difundidas que sejam as ferramentas de IA, a revisão humana permanece indispensável, cabendo ao profissional validar as informações fornecidas pelos sistemas digitais e assegurar que o paciente compreenda integralmente as nuances do atendimento. Afinal, “os sistemas de IA ainda não são confiáveis para substituir, por si, a decisão médica” (Soares, 2025), uma vez que, mesmo quando altamente especializados — como no caso de *chatbots* treinados para responder sobre procedimentos complexos —, subsistem incertezas quanto à precisão e exatidão das respostas, o que pode comprometer a escolha esclarecida do paciente.

Sistemas automatizados podem ser amigáveis, rápidos, criativos e dotados de ampla base informacional, mas, como adverte Soares (2025), também podem se revelar imprevisíveis, imprecisos, equivocados ou desvirtuados, razão pela qual demandam supervisão criteriosa e permanente. Nesse sentido, a Inteligência Artificial deve ser compreendida como instrumento de apoio, e não como substituto da análise e do julgamento clínico humanos, mantendo-se sua função estritamente complementar. Ademais, como reforça a autora, a adoção de soluções algorítmicas não pode comprometer a necessária empatia nem a qualidade do atendimento médico, pois o acolhimento, a escuta ativa e a compreensão das singularidades de cada paciente constituem elementos indissociáveis da atenção à saúde. Assim, a plena integração da IA na prática clínica deve estar sempre subordinada à

observância rigorosa dos princípios basilares da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — de modo a assegurar que a tecnologia atue em consonância com a dignidade humana e o cuidado centrado na pessoa.

Frente à constatação de que a Inteligência Artificial falha, carece de qualidades humanas e não substitui o julgamento clínico, adentra-se, em um segundo plano de análise: a necessidade de definir com precisão a responsabilidade civil decorrente do seu uso na medicina. Por certo, a partir da adoção dessa ferramenta na prática clínica, surgem questionamentos inevitáveis: será possível atribuir responsabilidade ao desenvolvedor do sistema em caso de erro? Poderá o médico ser responsabilizado mesmo diante de uma falha técnica imprevisível? E, ainda, é razoável delimitar a corresponsabilidade das instituições de saúde quando se valem de soluções algorítmicas para a tomada de decisões clínicas?

Não há, por ora, respostas definitivas para tais indagações, mas é inegável que elas serão inevitavelmente enfrentadas à medida que a Inteligência Artificial se integre de forma progressiva e irreversível à prática médica. É possível, por exemplo, que se pretenda responsabilizar desenvolvedores ou fornecedores de tecnologia quando a programação do algoritmo contenha falhas relevantes, assim como é possível que se questione eventual corresponsabilidade de gestores hospitalares ou instituições de saúde diante da escolha inadequada de um software ou de deficiências na integração da ferramenta aos protocolos internos.

Todavia, apesar das inúmeras hipóteses a serem exploradas, é certo que, até o presente momento, permanece categórica a premissa de que o ato ou a decisão clínica são atribuídos ao médico, configurando, portanto, sua responsabilidade direta e subjetiva.

Nessa perspectiva, como destacam Bortolini e Mascarenhas (2025), “enquanto instrumental, o uso da IA deve ser supervisionado pelo médico, uma vez que, ao fim e ao cabo, a responsabilidade pelo ato profissional não pode ser transferida para uma inteligência artificial”. Desse modo, é essencial que essa tecnologia mantenha função estritamente complementar, jamais substituindo o raciocínio clínico, a fim de preservar o protagonismo decisório do profissional de saúde. Sob esse prisma, os autores ressaltam que a contribuição da IA deve ser concreta e mensurável na melhoria dos resultados clínicos, cabendo ao médico realizar avaliações periódicas de seu desempenho, de forma a assegurar que o uso da ferramenta permaneça alinhado às necessidades do paciente e não introduza riscos que comprometam a qualidade ou a segurança do cuidado (Bortolini; Mascarenhas, 2025).

Diante dessa centralidade do médico no processo decisório, a análise jurídica não pode se dissociar das obrigações que recaem sobre o profissional e sobre as instituições no manejo de tecnologias baseadas em Inteligência Artificial.

O dever de informação — pilar do consentimento informado — assume especial relevância quando o atendimento clínico envolve sistemas algorítmicos. Nessa ótica, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) impõe que o consentimento clínico contemple cláusulas sobre a finalidade do tratamento de dados, a possibilidade de decisões automatizadas e os direitos de revisão ou contestação dessas decisões. Soma-se a isso, ainda, a necessidade de documentação minuciosa dos fluxos decisórios e de mecanismos institucionais de auditoria e *accountability*, capazes de apurar a corresponsabilidade entre profissionais, instituições e desenvolvedores da tecnologia.

É certo que tais medidas não se destinam apenas à proteção do paciente, mas também funcionam como salvaguardas para o próprio profissional de saúde, permitindo demonstrar a lisura do processo decisório e a conformidade ética e legal de sua atuação. Como alertam Bortolini e Mascarenhas (2025), “para que o processo de consentimento informado seja válido, é ainda fundamental que o paciente seja informado sobre o uso da IA, sob pena de termos um processo de consentimento deficiente”.

Nesse cenário, revela-se oportuno que o consentimento informado evolua para formatos dinâmicos e estratificados, contemplando autorizações prévias para a coleta e uso de dados, bem como consentimentos específicos para decisões automatizadas de maior risco. Tais consentimentos devem ser revisados sempre que houver atualizações significativas nos modelos empregados. Paralelamente, políticas institucionais de capacitação em Inteligência Artificial Explicável (XAI), testes de clareza na comunicação com o paciente e normativas ético-jurídicas claras são medidas indispensáveis para a preservação da autonomia, da transparência e da confiança na relação médico-paciente.

Evidente, portanto, que a presença da Inteligência Artificial na medicina exige que inovação e prudência caminhem lado a lado, preservando a autonomia do paciente e o papel central do médico nas decisões clínicas. Para que seu uso represente um avanço legítimo no cuidado em saúde, é imprescindível assegurar não apenas a transparência nos processos decisórios e a clareza quanto aos limites e possibilidades dessas tecnologias, mas também a existência de protocolos de supervisão contínua, auditoria independente e mecanismos de responsabilização bem definidos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o decurso das explanações do presente documento, o que configura como o cenário conclusivo destes estudos é que a incorporação da Inteligência Artificial na prática médica representa um contexto dicotômico. Decerto, nota-se um avanço técnico-operacional em concomitância à um desafio ético-jurídico de expressiva magnitude, exigindo revisão dos pressupostos que historicamente norteiam a relação médico-paciente.

Em destaque, as técnicas de aprendizado supervisionado, não supervisionado, de reforço e as abordagens parametrizadas vêm ampliando a capacidade diagnóstica, a velocidade decisória e a eficiência do gerenciamento de recursos clínicos, como ilustram os estudos de caso aqui discutidos — em especial o Watson for Oncology e as soluções de triagem de COVID-19 na Europa. Por outro lado, tais aspectos também evidenciam vulnerabilidades relativas a vieses, obscuridades algorítmicas e inadequações contextuais que podem comprometer princípios biomédicos basilares, como a beneficência e a não maleficência. Ao deslocar parte do núcleo decisório para sistemas probabilísticos, urge refletir acerca do consentimento informado, da transparência do processo decisório e dos contornos da autonomia tanto do paciente quanto do profissional. Situação semelhante ocorre na ponderação acerca da necessidade de mecanismos claros de responsabilização civil que contemplem desenvolvedores, provedores de tecnologia e equipes clínicas.

Neste quadro, a adoção responsável da IA demanda uma governança robusta — incluindo certificação técnica, validação clínica contínua, práticas de IA explicável (XAI) e conformidade com normas de proteção de dados —, formação e treinamento de profissionais para uso crítico das ferramentas e políticas institucionais que preservem a centralidade humanística do cuidado. Por intermediação de uma articulação normativa, educativa e técnica vislumbrar-se-á uma otimização de benefícios operacionais e ao mesmo tempo de mitigação de deslizos éticos e jurídicos associados à presença crescente da IA como terceiro atuante na relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, et al. **A Inteligência Artificial na Formação em Saúde: Desafios Bioéticos e Implicações para a Prática Profissional**. Revista GESeC – Gestão e Secretariado. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/5173>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- BARTENSCHLAGER, C. C. et al. **Covid-19 triage in the emergency department 2.0: how analytics and AI transform a human-made algorithm for the prediction of clinical pathways**. Health Care Management Science, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-023-09647-2>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- BORTOLINI, Vanessa Schmidt; MASCARENHAS, Igor. IA e medicina: Transparência, supervisão e responsabilidade. **Migalhas**, 15 abr. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-responsabilidade-civil/428339/ia-e-medicina-transparencia-supervisao-e-responsabilidade>. Acesso em: 28 jul. 2025.
- CLOTET, Joaquim. **O consentimento informado nos Comitês de Ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origem e atualidade**. Revista Bioética, 1995. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/430/498. Acesso em: 03 jul. 2025.
- DOLFING, Henrico. **Case study: IBM Watson for Oncology failure**. Henrico Dolfing, 12 dez. 2024. Disponível em: <https://www.henricodolfing.com/2024/12/case-study-ibm-watson-for-oncology-failure.html>. Acesso em: 02 ago. 2025.
- HALLOWELL, Nina et al. **The impact of artificial intelligence on the person-centred, doctor-patient relationship: some problems and solutions**. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2023. Disponível em: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-023-02162-y>. Acesso em: 07 ago. 2025.
- IDRIS, Abdul et al. Artificial intelligence and the dehumanization of patient care. **Healthcare Technology Letters**, v. 3, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949916X24000914>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- KIM, C. K.; CHOI, J. W.; JIAO, Z. et al. **An automated COVID-19 triage pipeline using artificial intelligence based on chest radiographs and clinical data**. Digital Medicine, v. 5, n. 5, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41746-021-00546-w>. Acesso em: 11 jun. 2025.
- LUZ, Gabriel de Campos. Transparência médico-paciente: Proteção, ética e confiança. **Migalhas**, 24 jul. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/435293/transparencia-medico-paciente-protecao-etica-e-confianca>. Acesso em: 03 ago. 2025.

PAZZINATTO, Márcia Maria. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 234-243, 2019. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1884/2078. Acesso em: 25 jul. 2025.

REICH, Warren T. **Encyclopedia of bioethics**. New York: Free Press-Macmillan, 1978
SILVA, José Antônio Cordero da. **A importância da autonomia como princípio bioético**. Revista Bioética, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kXh47R7Y8W5hG9F7tK8zYqC/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2025.

SIMONELLI, Osvaldo. **Direito médico**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

SOARES, Flaviana Rampazzo. Inteligência artificial e consentimento do paciente: Desafios e limites. **Migalhas**, 12 ago. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-responsabilidade-civil/436506/ia-e-consentimento-do-paciente-desafios-e-limites>. Acesso em: 22 jul. 2025

TOLEDO, Tamires. Direito à informação na relação médico - paciente. **Migalhas**, 22 set. 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/351954/direito-a-informacao-na-relacao-medico--paciente>. Acesso em: 02 ago. 2025.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. **O Princípio da Autonomia no Brasil: discutir é preciso**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vtLjkcHyJvtMS8Fzrxv748w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2025

