
O dever de informação do médico e do paciente – a “via de mão dupla” que o caracteriza

The duty of information for the doctor and the patient – the “two-way street” that characterizes him

Otávio Oliveira de Souza¹
Vitor Henrique Dividino Leal²

Resumo

O presente trabalho busca analisar o dever de informação na relação médico-paciente, utilizando-se do método dialético, a partir da leitura de dispositivos legais, jurisprudência e bibliografia acerca da temática. O dever de informação do médico é visto como um dos mais importantes, devendo o médico esclarecer ao seu paciente, em linguagem clara e compreensível, qual o diagnóstico, o prognóstico, o porquê dos exames solicitados, os tratamentos possíveis, os medicamentos prescritos, sendo cada vez mais comum a responsabilização do médico por falha na prestação dessas informações. Por outro lado, o paciente também detém um dever de informar ao médico os sintomas que está sentido, responder as perguntas feitas pelo médico de maneira precisa e correta, e perguntar ao médico quando estiver com dúvida. Deve haver um equilíbrio na consulta médica, concretizando-se o dever de informação tanto do médico quanto do paciente.

Palavras-chave: Dever de informação. Médico. Paciente.

Abstract

The following study focuses on the analyzes of the duty of information in the doctor-patient relationship, using the dialectical method, from the reading of legal devices, precedents and literature regarding the subject. The doctor's duty of information in seen as one of the most important, and the doctor must clarify to the patient, in clear and understandable language, which is the diagnosis, the prognosis, why the tests are requested, the possible treatments, the prescribed drugs, and it's increasingly commom the responsibility of the doctor for failure to provide this information. On the other hand, the patient also has a duty to inform the doctor of the symptoms experienced, to answer the questions asked by the doctor in a precise and correct manner, and to ask the doctor when in doubt. There must be a balance in the medical appointment, fulfilling the duty of information for both the doctor and the patient.

Key words: Duty of information. Doctor. Patient.

¹ Bacharel em Direito pela Universidade Positivo, Curitiba/PR. Advogado.

² Bacharel em Direito pela Universidade Positivo, Curitiba/PR.

1. Introdução

O dever de informação do médico é considerado um dos mais importantes na relação médico-paciente. Cabe ao médico esclarecer ao seu paciente, em linguagem clara e compreensível, qual o diagnóstico, o prognóstico, o porquê dos exames solicitados, os tratamentos possíveis, os medicamentos prescritos, dentre outras informações que permeiam o universo médico. A falha na prestação dessas informações pode causar danos imensuráveis à saúde ou até mesmo à vida do paciente, o que, na maioria das vezes, gera a responsabilização do médico³.

Por outro lado, acaba-se dando pouca importância à perspectiva do paciente, que também detém informações relevantes. O paciente não pode omitir informações fundamentais durante a consulta médica, informações estas que podem influenciar diretamente no diagnóstico. Ademais, cabe ao paciente responder as perguntas feitas pelo médico da maneira precisa e correta, e perguntar ao médico quando estiver com dúvidas. Nesse sentido, portanto, é possível falar em um dever de informação do paciente.

O presente estudo analisa a questão do dever da informação tanto sob a perspectiva do médico quanto sob a perspectiva do paciente, utilizando-se o método dedutivo, por meio de pesquisa teórica e bibliográfica através de publicações doutrinárias, literárias, acadêmicas, legislativas e jurisprudenciais acerca da temática.

Em um primeiro momento, procura-se refletir sobre o dever de informação do médico, levando-se em consideração as disparidades que permeiam a consulta, além de se analisar a linguagem da prática médica.

Em um segundo momento, o texto buscará analisar o dever de informação do

³ CAVALIERI, Sérgio Filho. A responsabilidade médica e o dever de informar. *Revista da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 28, p. 81-88, 2004. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista28/revista28_81.pdf. Acesso em: 06 jun. 2019.

paciente, a importância de o paciente não omitir informações dos médicos e o dever do paciente de fazer perguntas durante a consulta, estando essa temática intrinsecamente relacionada com a postura do médico e a abertura que é dada para que o paciente se manifeste durante a consulta.

2. O dever de informação do médico

2.1. O médico como detentor do conhecimento técnico e o seu dever de informar o paciente

O profissional da saúde por muito tempo teve suas opiniões e entendimentos técnicos tidos como inquestionáveis pelo mundo afora, de modo que suas escolhas perante seus pacientes sequer eram discutidas com os enfermos⁴. Neste contexto, sempre houve certo afastamento na relação médico-paciente, a qual muitos indicavam ser meramente profissional e paternalista⁵.

Em razão disto, a relação médico-exame tornou-se mais importante que a relação médico-paciente, ocasião em que o profissional compreendia melhor os resultados de laboratório do que o doente, posto que a tecnologia passou a promover uma análise mais objetiva e fria da questão, sem que se atentasse ao sujeito principal da consulta: o paciente.

Nesse sentido o médico Josimário Silva, coordenador da Comissão de Bioética Clínica (CBC) do HC-UFPE afirma:

A máquina começou a substituir a semiotécnica. A história clínica do paciente é pouco valorizada, pois o exame de imagem ou de laboratório pode falar melhor. Primeiro pede-se o exame, depois examina a lesão. A doença é tratada e o doente é apenas o acompanhante, como se alma e corpo fosse duas entidades distintas. Olha-se pouco para o paciente e se interagem mais com o computador e máquinas cada vez mais

⁴ BOMTEMPO. Thiago Vieira. O dever de informar na relação médico-paciente inserido no código de defesa do consumidor. *Âmbito Jurídico*, 1º set. 2013. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-116/o-dever-de-informar-na-relacao-medico-paciente-inserido-no-codigo-de-defesa-do-consumidor/>. Acesso em: 02 set. 2019.

⁵ BOMTEMPO. Thiago Vieira. *op. cit.*

sofisticadas⁶.

Nesse contexto, o dever de informação do médico para com o paciente nunca foi objeto de estudo, tendo sido, inclusive, desconstruído perante a prática profissional médica ao longo das décadas, em que pese tantos diplomas legislativos disporem sobre a necessidade de serem priorizados o direito do acesso à informação⁷, e a própria autonomia do doente⁸.

Com a modernidade e a globalização da informação através da internet, a ideia de um esclarecimento pleno pelo paciente ganhou força⁹, a ponto de o dever de informação do profissional ser citado por diversas vezes na versão mais recente do Código de Ética Médica (CEM), publicada em 2018¹⁰.

Originado de ideias contratualistas da boa-fé objetiva¹¹ e da autonomia da vontade, as normas da Resolução nº 2.217/2018 do CFM passaram a delimitar como direito potestativo

⁶ SILVA, Josimário. Relação médico/paciente, relação de direitos mútuos. *Universidade Federal de Pernambuco*. p. 1. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/39296/684470/relacao_medico_paciente.pdf/c867581b-7ae7-4c62-87a6-f4d75b40e17b. Acesso em: 04 abr. 2020.

⁷ “Artigo 6º São direitos básicos do consumidor: (...) III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;” BRASIL. *Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 15 jun. 2019.

⁸ “Artigo 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” BRASIL. *Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

⁹ BORGES, Gustavo Silveira; MOTTIN, Roberta Weirich. Erro médico e consentimento informado: panorama jurisprudencial do TJRS e do STJ. *Revista de Direito Público*, Londrina, v. 12, p. 15-47, mai. 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/viewFile/24122/20906>. Acesso em: 03 mai. 2019.

¹⁰ BRASIL. *Resolução nº 2.217, de 01 de novembro de 2018 do Conselho Federal de Medicina*. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

¹¹ EICK, Luciana Gemelli; FACHINI NETO, Eugênio. Responsabilidade civil do médico pela falha no dever da informação, à luz do princípio da boa-fé objetiva. *Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul - AJURIS*, Porto Alegre. v. 42, n. 138, p. 51-86, jun. 2015. Disponível em:

do paciente, bem como dever do médico, a presença de um consentimento informado na relação entre profissional e doente¹². À luz do tema, Konder conceitualiza bem tal dever:

é possível conceituar o consentimento livre e esclarecido como a anuência, livre de vícios, do paciente, após explicação completa e pormenorizadamente sobre a intervenção médica, incluindo sua natureza, objetivos, métodos, duração, justificativa, possíveis males, riscos e benefícios, métodos alternativos existentes e nível de confidencialidade dos dados, assim como de sua liberdade total para recusar ou interromper o procedimento em qualquer momento.¹³

Assim sendo, o dever do médico passou a ir além da mera técnica, passando a ter um encargo de comunicador. Neste sentido, o próprio artigo 22 do CEM¹⁴ veda ao profissional não lograr ao doente um integral consentimento após esclarecer qual a situação a ser enfrentada, excepcionando os casos em que haja risco de morte ao lesionado.

Em razão disto, o posicionamento da jurisprudência tem sido no sentido de que, mesmo inexistindo erros médicos nos procedimentos adotados, caso não reste comprovado que o profissional informou o paciente quanto a todos os efeitos colaterais dos tratamentos e

http://ajuris.kinghost.net/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/553/Ajuris138_DT3. Acesso em: 10 set. 2019.

¹² “Capítulo I. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS. (...) XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. BRASIL. *Resolução nº 2.217, de 01 de novembro de 2018 do Conselho Federal de Medicina*. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

¹³ KONDER, Carlos Nelson. O consentimento no Biodireito: o caso dos transexuais e dos wannabes. *Revista Trimestral de Direito Civil*, Rio de Janeiro, ano 4, v. 15, jul./set. 2003, p. 61. Disponível em: <http://konder.adv.br/wp-content/uploads/2018/01/Carlos-Nelson-Konder-O-consentimento-no-biodireito.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

¹⁴ “É vedado ao médico: Artigo 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”

BRASIL. *Resolução nº 2.217, de 01 de novembro de 2018 do Conselho Federal de Medicina*. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

operações, ou até todos os tratamentos possíveis ao doente, há responsabilização civil passível de indenização por danos morais:

RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. E INEXISTÊNCIA. AUSÊNCIA DO CONSENTIMENTO INFORMADO. DEVER DE INFORMAÇÃO DOS RISCOS AO PACIENTE. DANO MITIGADO. 1. Ocorrendo simultaneamente diversas patologias é inevitável a necessidade de associação de medicamentos. 2. Paciente portador de GOTA e ocorrendo a necessidade de colocação de válvula mitral é inevitável a necessidade de utilização de diversos medicamentos. 3. A prova coletada não indica equívocos na associação de medicamentos utilizada. Igualmente pelos elementos contidos nos autos buscaram os profissionais minimizar os efeitos. 4. A ciência médica ainda não atingiu o estágio de afastar os danos colaterais quando do tratamento. 5. Os réus não providenciaram o termo de consentimento informado em relação ao autor. Ausência de comprovação que o paciente tenha sido convenientemente informado dos riscos do procedimento. 6. Dano moral devido, mas mitigado em decorrência do acerto do procedimento realizado. 7. A indenização é fixada em parâmetros menores que aqueles que seriam utilizados caso houvesse efetivamente dano moral decorrente de erro. 8. Nestas circunstâncias o dano moral é fixado em R\$25.000,00. Apelo parcialmente provido.¹⁵ (grifo nosso)

Seguindo este norte, o Código de Ética Médica, em seu artigo 34¹⁶, proíbe que o médico deixe de informar o paciente quanto ao seu estado de saúde, assim como seus riscos e tratamentos disponíveis. Destas constatações, o que se observa é certa mudança no entendimento dos tribunais superiores.

Anteriormente, o profissional de saúde poderia ser responsabilizado apenas na hipótese em que efetivamente incorria em erro médico, gerando prejuízos ao paciente no que

¹⁵ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Apelação Cível n. 70074611658. Relator: Des. Eduardo Kraemer. Data do julgamento: 25 abr. 2018. Disponível em: https://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal%20de%20Justi%C3%A7a%20do%20RS&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=&num_processo=70074611658&codEmenta=7706337&temIntTeor=true. Acesso em: 3 ago. 2019.

¹⁶ “É vedado ao médico: Artigo 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. BRASIL. Resolução nº 2.217, de 01 de novembro de 2018 do Conselho Federal de Medicina. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

concerne ao tratamento ou procedimentos adotados¹⁷. Não obstante, atualmente, com a insurgência e crescimento dos direitos à informação e autonomia do paciente, médicos, clínicas e hospitais poderão ser responsabilizados solidariamente para além da hipótese em que ficar constatado erro médico, havendo, com isto, responsabilidade nas questões em que os sujeitos passivos não comprovarem que ofereceram a ampla e ilimitada informação ao paciente, com fundamento no Código de Ética Médica e no Código de Defesa do Consumidor. Ou seja, os profissionais e instituições médicas devem demonstrar, de forma cabal, que o paciente foi informado sobre sua condição de saúde de forma clara, sendo, na oportunidade, especificados todas as opções e visões científicas para tratamento da enfermidade que acomete o doente.

Inclusive, há casos perante a jurisprudência nos quais a mera não informação ao paciente acerca da necessidade de retornar para consulta pós-operatória para retirada de instrumento cirúrgico (cateter) viola o dever de informação do médico, ensejando, assim, indenização de cunho moral ao paciente¹⁸.

Aparentemente, parece-nos óbvio que o fato de ter sido deixado no corpo do paciente, com o consentimento deste, instrumento cirúrgico necessário para o sucesso do tratamento ensejaria a realização de consulta pós-operatória para que tal resquício fosse retirado. Contudo, é cediço perante os tribunais que tal obviedade deve ser exposta pelo profissional e entendida pelo enfermo, havendo responsabilidade do médico caso não informe tal condição ao paciente, como ocorreu no caso acima mencionado.

¹⁷ EICK, Luciana Gemelli; FACHINI NETO, Eugênio. *op. cit.*

¹⁸ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ. Apelação Cível n. 1727894-1. Relator: Des. Luiz Lopes. Data do julgamento: 20 set. 2018. Disponível em: <https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/12548875/Ac%C3%B3rd%C3%A3o-1727894-1>. Acesso em: 12 fev. 2020.

O que o Conselho Federal de Medicina, juntamente com a jurisprudência, busca é aperfeiçoar o relacionamento *inter partes* na relação médico-paciente, através de uma melhora na comunicação entre as partes. Para isto, acredita-se que a troca de informações entre paciente e médico deva ser adequada, clara e eficiente, a ponto de o profissional entender a doença a ser tratada, concomitantemente com o paciente compreendendo o tratamento a ser feito¹⁹.

Filiado a isto, o que se observa ultimamente é que os doentes têm se informado melhor acerca de suas doenças, a ponto de se “auto diagnosticarem” através do uso da internet e de outros meios de comunicação. Nesta perspectiva, o médico deixou de ser o único sujeito informado na relação, de modo que apenas passou a dar a palavra final ao doente, que, no momento da consulta, já imagina a enfermidade que o acomete²⁰.

Em que pese todos os benefícios trazidos com a globalização da comunicação e da internet, deve ser apontado que uma informação falsa ou errônea pode gerar uma série de problemas ao tratamento do paciente. Chegar à consulta com um pré-conceito do que é e de como a doença deve ser tratada pode refletir em um prejuízo ao entendimento do diagnóstico feito pelo médico, como também tornar o doente cético ao tratamento ofertado, que pode preferir adotar àquilo que descobriu pelo “médico virtual”.

A solução para aludido ceticismo novamente recai sobre a otimização na relação médico-paciente, razão pela qual a confiança *inter partes* acaba se tornando requisito fundamental para o bom andamento do tratamento médico²¹. Significa dizer que da mesma forma como nos referimos ao consentimento informado, a construção de um relacionamento

¹⁹ EICK, Luciana Gemelli; FACHINI NETO, Eugênio. *op. cit.*

²⁰ EICK, Luciana Gemelli; FACHINI NETO, Eugênio. *op. cit.*

²¹ SILVA, Pedro Ribeiro. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Portugal, v. 24, n. 4, p. 505-512, 2008. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531/10267>. Acesso em: 10 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v24i4.10531>

entre as partes trata-se de verdadeiro processo gradual²², o qual deve objetivar a cura do paciente juntamente com sua satisfação.

À luz do tema, a Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, oportunamente, ao tratar da influência da internet na relação médico-paciente, oferece sua preocupação acerca de possíveis prejuízos que a livre informação possa causar ao tratamento médico e ao relacionamento das partes:

A internet pode vir a ser utilizada como fonte de uma “segunda opinião” após um diagnóstico recebido de um médico, como ferramenta alternativa de informação frente a problemas de comunicação ou de confiança em relação ao profissional, ou nos questionamentos sobre a própria Medicina. (...) Parece que a característica mais assumida como problemática, na busca pelas informações em saúde pela internet, é a restrição quanto à confiabilidade das fontes. O grande volume de informação disponível on-line, se, por um lado, sugere um maior potencial para intervenção sobre a saúde, por outro torna cada vez mais difícil discernir entre o que é ou não adequado ao usuário, aumentando o risco da informação incompleta, imprecisa ou enganosa. Como aponta Delwiche, paralelo aos sites nos quais se pode confiar há, em maior quantidade, a informação equivocada. (...) Caracteristicamente, o principal dilema referente à internet é o fato de que, se, por um lado, sua natureza anárquica é favorável ao debate aberto e sem censura, por outro lado, isso levanta dúvidas sobre a qualidade da informação disponível, o que pode limitar sua utilidade, ainda mais em um campo em que a informação inexata pode se constituir em uma questão de vida ou morte.²³

A eficiência e clareza com que as informações são repassadas ao paciente são de suma importância para que este compreenda os passos a serem dados em busca da melhora de sua saúde.

Como detentor do conhecimento, o médico, além dos deveres de promover o devido diagnóstico e de prescrever o tratamento adequado, também tem o dever de ser

²² BORGES, Gustavo Silveira; MOTTIN, Roberta Weirich. *op. cit.*

²³ ANDRADE, Evelyne Borges de Mattos; FERNANDES, Mariana Delgado; et al. A inclusão da internet na relação médico-paciente: apenas prós? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 11, n. 4, out./dez. 2013, p. 2-3. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/31/29>. Acesso em: 20 jun. 2019.

perfeitamente entendido pelo doente. Isto, por si só, já se mostra tarefa árdua ao profissional, o qual deve moldar suas técnicas de comunicação conforme cada indivíduo que o ouve.

2.2. A linguagem médica, e o uso de termos técnicos em excesso

Como já salientado, em uma relação médico-paciente, o médico é o detentor do conhecimento especializado. Como detentor do conhecimento técnico, o médico tem o dever de dar aos pacientes todas as informações necessárias acerca das doenças e dos tratamentos, para que, assim, o paciente possa dar seu consentimento ao tratamento proposto, tendo consciência das possíveis alternativas, dos riscos e dos custos²⁴.

Ocorre que, em muitos momentos, o fato de o médico ser o detentor do conhecimento o distancia, e muito, do paciente, principalmente em razão da linguagem que é utilizada por ele durante a consulta. O uso de termos técnico em excesso cria um abismo ainda maior do que o que já existe entre os médicos e os pacientes, o que prejudica a consulta médica, prejudica a relação médico-paciente, e principalmente prejudica que o paciente entenda de maneira adequada a informação prestada, para que possa de fato haver um consentimento livre e esclarecido.

Em estudo empírico realizado no período de 2008-2009 em duas unidades de Saúde de Família no Ceará, essa situação foi conceituada como “encontro sem entendimento”. Tal consulta é caracterizada por uma “linguagem permeada por expressões técnico-científicas incompreensíveis para a maioria dos pacientes, e por uma consulta centrada na doença, no tratamento e nos exames diagnósticos”²⁵.

²⁴ EICK, Luciana Gemelli; FACHINI NETO, Eugênio. *op. cit.*

²⁵ CAPRARA, Andrea; GOMES, Annatalia Meneses de Amorim; et. al., *Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. Revista Physis: Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, 2012, p. 1107. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014. Acesso em: 20 jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>.*

Para ilustrar, cita-se exemplo do estudo acima mencionado, que decorre de uma consulta gravada com uma paciente de 40 anos, cuja queixa era de dor de cabeça:

Médico: Quero ver o nível de cortisol. Vou pedir TSH e o T4 pra ver o eixo hipotálamo-hipófise. Pronto! Vamos agora pensar em tratar! [...] Tá tendo aquelas ondas de calor?

Paciente: Só quando faz calor mesmo!

Médico: 5-HTP. Cinco Hidróxido Tripofano. São cinquenta miligramas. Eu posso fazer de cinquenta a duzentos, a dose máxima. E vitamina C duzentos miligramas. Eu associo aqui, porque a vitamina C vai evitar que o aminoácido destrua o suco gástrico! Isso é tudo uma fórmula ortomolecular.²⁶

Em outra pesquisa empírica sobre a relação entre médicos e pacientes no Programa de Saúde da Família do Estado do Ceará, realizada entre 1999 a 2001, no qual foi analisada 400 consultas realizadas por 20 médicos, concluiu-se que 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, e em 53% das consultas o médico não verifica a compreensão dos pacientes sobre as indicações.²⁷

A dificuldade de se compreender os termos técnicos também reflete na aderência dos pacientes aos tratamentos indicados. Por não entender adequadamente o que o médico quis dizer o paciente não toma os medicamentos nas doses prescritas, não observa o intervalo correto entre as doses, não mantém o tratamento na duração correta, excede a dose do medicamento prescrito ou simplesmente não faz uso dos medicamentos²⁸.

Além disso, nas consultas, o médico, no mais das vezes, procura convencer o paciente de que o tratamento prescrito é o melhor, ao invés de verificar se o paciente de fato compreendeu as informações fornecidas. Nesse contexto, “o diálogo entre os sujeitos

²⁶ CAPRARA, Andrea; GOMES, Annatalia Meneses de Amorim; et. al. *op. cit.* p. 1107.

²⁷ CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

²⁸ SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.*

encontra-se norteado por saberes de cunho técnico-científico que nem sempre são compreendidos de forma clara pelos pacientes no ato do encontro”²⁹.

Compreende-se que há para os médicos, nesse momento, um dilema muito grande. Durante toda a graduação, residência médica e pós-graduação, a realidade médica consiste em um aprendizado de termos técnicos. Existe também o receio de que simplificar as palavras, simplificar os termos, possa gerar um efeito reverso: o paciente entender outra coisa do que realmente seria, isto é, entender outro diagnóstico ou outro tratamento.

As vezes os termos não têm sinônimo, ou o sinônimo não é o ideal, razão pela qual opta-se por não os utilizar. O que muitos afirmam, seguindo os ensinamentos do médico inglês Sir Thomas Clifford Albert, é que “na linguagem científica, o ideal é nunca usar duas palavras para exprimir a mesma coisa, nem dar o mesmo nome a duas coisas diferentes”³⁰. Defende-se, no mais das vezes, que “palavras homógrafas com significados diferentes devem ser evitadas na linguagem científica. O ideal é que cada coisa seja designada por um só termo e que cada termo designe uma só coisa”³¹.

A profissão de médico, tida como de alta complexidade científica, torna natural a existência de vocábulos e definições que o grande público não detém contato. Nesta toada, o emprego de certos termos deve ser ponderado pelo profissional, observando a necessidade

²⁹ MOURA, Juliana de Carvalho. *Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico*. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012, p. 78.

³⁰ BACELAR, Simônides; et. al. Questões de linguagem médica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, jan./fev. 2009, p. 96. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000100017. Acesso em: 13 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000100017>.

³¹ REZENDE, Joffre Marcondes de. *Linguagem médica*, 3. ed. Goiânia: AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda., 2004, p. 472.

e relevância do uso de certas palavras, para que não prejudiquem o entendimento do paciente acerca de seu estado de saúde³².

É importante destacar que a consulta não tem de ser marcada apenas pelo uso de termos técnicos. É evidente que não se defende a abolição desses termos, e nem que o médico deixe de utilizá-los quando necessário. Ocorre que todo termo técnico deveria vir acompanhado de uma boa explicação daquilo que representa. Ao fazer perguntas, o médico deve tentar torná-las mais compreensíveis ao paciente, justamente para que não ocorra o que foi visto no exemplo acima citado. O que não pode ocorrer é que uma explicação de um termo técnico venha acompanhada de mais um amontoado de termos técnicos.

O médico precisa interagir com o paciente, buscar saber a sua história, o que o paciente tem a dizer sobre a sua doença, e quais são as suas queixas e preocupações, para que juntos, médico e paciente possam traçar estratégias para facilitar a adaptação as doenças³³. O paciente precisa sentir que o médico está interessado no que ele tem a dizer, para que assim possa haver a criação de um vínculo entre eles.

Não fazendo isso, e apenas despejando termos técnicos, o efeito que se cria é justamente o oposto. Ao invés de se criar um vínculo e uma relação permeada pela confiança, o que acontece é que o paciente passa a ouvir cada vez menos o seu médico, e, conseqüentemente, seguir cada vez menos as suas orientações.

2.3. A dificuldade de diálogo entre o médico e o paciente e as disparidades existentes nas consultas

³² SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.*

³³ CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023. Acesso em: 11 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>.

A dificuldade de diálogo entre o médico e o paciente ocorre principalmente em razão das disparidades existentes nas consultas. Como já dito em capítulos anteriores, existe disparidade porque o médico é o detentor do conhecimento técnico, disparidade em razão das diferentes linguagens utilizadas, bem como existem também disparidades culturais e socioeconômicas.

As disparidades culturais e socioeconômicas existem desde que o mundo é mundo, e é impossível imaginar um lugar sem elas. A resolução de tal problema apenas ocorrerá quando se tiver uma única forma de assistência médica, em uma sociedade em que não haja desigualdades sociais³⁴. É evidente que isso é utópico e inimaginável em uma sociedade tal qual a nossa atualmente. Cabe-nos analisar de que forma essas desigualdades culturais e socioeconômica impactam nas consultas, e de que forma o médico pode agir para diminuir isso.

As atitudes e comportamentos dos seres humanos decorrem das vivências e do contexto de cada um, estando incluído aí “as componentes culturais, sociológicas e psicossociais, que são muito diferentes de indivíduo para indivíduo e com frequência muito diferentes das do médico”³⁵. Sendo assim, para o paciente, a doença envolve muito mais do que apenas aspectos biológicos, mas também aspectos culturais, familiares e emocionais, que muitas vezes são ignorados pelo médico.³⁶

A realidade médica é marcada pela diversidade cultural. “Essa mesma diversidade exige que o médico seja capaz de aprender novos valores e desenvolver outras percepções de saúde-doença”³⁷. Destaca-se que o médico não deve abrir mão de seu conhecimento

³⁴ MONTE, Fernando Q. A ética na prática médica. *Revista de Bioética*, v. 10, n. 2, p. 31-46, 2002. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/212. Acesso em: 10 dez. 2019.

³⁵ SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.* p. 510.

³⁶ SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.*

³⁷ CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. *op. cit.* p. 143.

técnico e nem deixar de lado as suas crenças. Importante é que se dê espaço para demais visões acerca da doença, em razão das mais variadas culturas presentes nas sociedades, como uma forma de garantir adesão ao tratamento.

Toda e qualquer experiência (ou falta dela) tida por cada paciente, regula seus entendimentos e pensamentos, tornando seu conhecimento, seja vocabular ou comportamental, único³⁸. Assim, indubitável que a diferença etária, socioeconômica e geográfica são fatores a serem observados na escolha da linguagem verbal e não-verbal a ser utilizada³⁹.

Na pesquisa já mencionada no presente artigo, realizada entre 2008-2009 em duas unidades de Saúde de Família no Ceará, constatou-se que 91,4% dos médicos não atentam para as ansiedades e medos dos pacientes⁴⁰. Destaca-se que essas ansiedades e medos estão intrinsecamente ligados aos valores socioculturais, uma vez que a referência que o paciente tem da doença está relacionada com suas vivências pessoais e coletivas.

Uma alternativa para mudar esse cenário é a inclusão nas faculdades de medicina de programas de comunicação multidisciplinares, buscando desenvolver nos futuros médicos habilidades comunicacionais para atuarem diante das mais variadas situações. Entretanto, a criação desses programas não é suficiente. É de fundamental importância que o conteúdo esteja voltado ao reconhecimento das necessidades de todos os pacientes, independentemente da sua cultura, etnia e nível socioeconômico⁴¹.

³⁸ MEIRELLES, Jussara Maria Leal de; MYSZCZUK, Ana Paula. El analfabetismo funcional en Brasil y sus implicaciones en el consentimiento libre del paciente: un análisis de la vulnerabilidad. In: *VIII Congreso Mundial de Bioética*, 1. ed. Gijón, 2013. p. 162-170.

³⁹ SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.*

⁴⁰ SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.*

⁴¹ MOURA, Juliana de Carvalho. *op. cit.*

Essa abordagem e esse ensino nas faculdades de medicina se relacionam ao fato de que:

a efetividade da comunicação entre profissionais de saúde e populações/indivíduos de diferentes referenciais étnicos, culturais e socioeconômicos, exige o ensino de habilidades específicas que considerem as necessidades dos pacientes de forma equânime. Neste sentido, expõe mais uma potencialidade do ensino-aprendizado de comunicação como parte integrante do currículo médico: a capacidade de promover o acesso às necessidades considerando as diferenças e singularidades dos sujeitos.⁴²

Na formação tradicional médica, os acadêmicos têm um aprendizado centrado em aspectos físicos e biológicos do paciente, havendo uma exclusão de características culturais e econômicas⁴³. A formação médica é “intensamente orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia, à clínica, desconsiderando a história da pessoa doente, o apoio moral e psicológico”⁴⁴.

Em outra pesquisa empírica realizada com médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade MFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, com início em março de 2006, realizada por meio da coleta de questionários de 37 residentes do programa, observou-se que os residentes que haviam se formado há mais de dois anos, com base em um currículo médico que priorizava aspectos biológicos, relataram que na sua formação houve uma predominância de aulas teóricas, com enfoque nas doenças e conhecimento fragmentado por disciplinas, e as suas aulas práticas eram em hospitais. Esses residentes relataram que não se sentiam muito preparados para trabalhar no programa de Saúde da Família, principalmente porque não tiveram contatos com disciplinas voltadas para a medicina da família e com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante a sua formação⁴⁵.

⁴² MOURA, Juliana de Carvalho. *op. cit.* p. 109.

⁴³ CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. *op. cit.*

⁴⁴ CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. *op. cit.* p. 650.

⁴⁵ NÓBREGA-THERRIEN, Silvia Maria; et. al. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 112-118, jan./mar. 2015. Disponível

Buscando-se uma formação médica com um olhar não apenas biológico ao paciente, mas também “humano”, atentando-se principalmente para as suas diferenças e a forma como estas se manifestam, as universidades de medicina podem incorporar em seu currículo elementos das ciências humanas, como por exemplo filosofia, psicologia, antropologia e literatura, para que haja uma maior interação entre o médico e o paciente, e um aperfeiçoamento na comunicação entre ambos.

A tarefa é desafiadora. Nos cursos de graduação em medicina, os acadêmicos dos anos iniciais tendem a valorizar mais a perspectiva do paciente, e iniciam a faculdade com a ideia de que sua formação será centrada no paciente. Ocorre que, ao longo do restante da faculdade, em regra, há gradativamente uma desvalorização da perspectiva do paciente. O que acontece, em verdade, é uma substituição do sujeito central da relação, com a retirada do paciente e inclusão da enfermidade⁴⁶. Conforme afirma Denise Ballester: “a capacitação para a identificação de doenças, a análise de exames laboratoriais e a programação terapêutica de doenças afasta o aluno do doente e de sua subjetividade”⁴⁷. Nesse cenário, a doença passa a ser o centro da consulta, e o diálogo e a interação com o paciente se tornam escassos.

Muitas faculdades médicas brasileiras já têm na sua grade curricular disciplinas como “Medicina da Família”, “Medicina da Comunidade”, inseridas na área de Saúde Coletiva, por meio das quais os estudantes, nas aulas, se dirigem até as comunidades mais

em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100112. Acesso em: 12 fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02212012>.

⁴⁶ BALLESTER, Denise; et. al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 598-606, out./dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400016. Acesso em: 23 set. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400016>.

⁴⁷ BALLESTER, Denise; et. al. *op. cit.* p. 603.

carentes para prestarem atendimentos em UPA's, UBS's ou até mesmo nas casas dos enfermos.

Um importante passo foi dado com a homologação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina⁴⁸. Essas Diretrizes previram uma educação médica mais voltada às necessidades sociais, com ênfase no SUS, e delinearam, em seu artigo 3º, o perfil ideal do profissional recém-egresso, qual seja:

Artigo 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Esse perfil de médico com formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética foi enfatizado, e inclusive expandido, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina instituídas em 2014, cujo artigo 3º prevê que:

Artigo 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.⁴⁹

Indo além, e demonstrando um grande avanço, as Diretrizes Curriculares de 2014 possuem uma Seção (Seção I) tratando especialmente da atenção à saúde, na qual se prevê que “o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade

⁴⁸ BRASIL. *Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001 do Ministério da Educação*. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 23 de nov. 2019.

⁴⁹ BRASIL. *Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014 do Ministério da Educação*. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609>. Acesso em: 23 de nov. 2019.

biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética”, além dos demais aspectos que compõe a diversidade humana, singularizando os indivíduos e a sociedade.

Essas mesmas Diretrizes Curriculares, tanto a de 2001 quanto a de 2014, reconhecem a importância da área da Saúde Coletiva acima mencionada, sendo que ambas, a de 2001 em seu artigo 7º, parágrafo 1º, e a de 2014 em seu artigo 24, parágrafo 6º, determinam que no internato (estágio prático obrigatório do curso de Medicina), deve haver uma carga horária destinada a tratar dos aspectos essenciais da área da Saúde Coletiva.

É de fundamental importância um ensino que não deixe de ser voltado para os aspectos biológicos, mas que também inclua aspectos sociais, culturais e econômicos. O médico que desde o início da sua formação tem esse contato e aprende a lidar com as diferenças e com as mais variadas angústias dos pacientes, torna-se mais apto ao diálogo, o que contribui para diminuir a distância natural existente entre médico e paciente. Procurando incentivar a comunicação entre médico e paciente, as Diretrizes Curriculares de 2014 ainda preveem, em seu artigo 12, inciso I, alínea ‘d’, que na consulta médica, deve ser utilizada linguagem compreensível, “estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto.”

Adequar a linguagem à cada paciente e aos seus contextos socioculturais e socioeconômicos é um dos principais instrumentos que o médico pode utilizar para aumentar a eficácia dos tratamentos das doenças e propiciar uma educação mais saudável⁵⁰.

⁵⁰ SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.*

3. O dever de informação do paciente

3.1. O dever de informação como uma “via de mão dupla”: a transparência na relação médico-paciente

Um dos pontos mais importantes no processo de busca por um consentimento informado se relaciona com a transparência do paciente com o profissional de saúde. A reciprocidade de informações claras é vital para otimização do tratamento e para troca de experiências e conhecimentos. Sobre o tema, Goldim:

a bioética apresenta o consentimento informado como instrumento de um processo de comunicação recíproca entre médico e paciente, contendo as informações sobre riscos e benefícios que médicos devem prover aos pacientes, para que estes possam decidir autonomamente se querem ou não se submeter a determinado tratamento ou procedimento diagnóstico.⁵¹

Pelos motivos já citados em capítulo anteriores, o médico detém uma carga muito maior do dever de informação, uma vez que ele é o detentor do saber técnico. O paciente, em regra, é o destinatário dessa informação. Entretanto, o paciente também tem o dever de colaborar com o médico, fornecendo informações a respeito do seu estado de saúde, dos sintomas que vêm sentindo, do histórico de doenças, dos medicamentos que faz uso, das suas doenças genéticas, dentre outras informações relevantes, isto com vistas a facilitar o diagnóstico pelo médico. Nesse sentido, é possível falar em um dever de informação do paciente.

O que se exige é a sinceridade e verdade pelo paciente, para que, em troca, haja um diagnóstico amplo de seu quadro. A mentira ou omissão pode dar início à uma série catastrófica de eventos, como diagnóstico equivocado ou uma medicação imprecisa ou

⁵¹ GOLDIM, José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 46, n. 3,4, p. 109-116, jul./dez. 2002. Acesso em: 12 fev. 2020, p. 111.

errada, a ponto de por em risco a saúde do próprio enfermo.

Inclusive, a omissão de sintomas ou fatos oriundos da doença certamente cria uma dúvida no próprio paciente em um momento pós-diagnóstico, a ponto de – legitimamente e de forma controversa – duvidar da credibilidade do diagnóstico, por sua própria falha. Afinal, não há como crer que uma conclusão tida a partir de pressupostos falsos ou parciais possa ser absolutamente considerada à ponto de ser livre e cegamente aplicada.

Em estudo realizado constatou-se que 50% dos pacientes que não expressam a verdade durante a consulta médica não seguem as recomendações médicas⁵². Evidente que tais números traduzem a existência de alguns pontos tratados no presente artigo, como a falta de conectividade entre paciente e profissional, e a falta de confiança do leigo com relação ao seu médico e seus conhecimentos, levando assim o enfermo a faltar com sinceridade para com seu médico.

Neste contexto, perante os Tribunais Superiores, o entendimento que tem vigorado é que o abandono do tratamento pelo paciente exclui o dever de indenizar do médico, configurando assim culpa exclusiva do paciente, posto que assume as consequências ao ser pouco colaborativo com o tratamento:

APELAÇÃO CÍVEL – INDENIZATORIA– ERRO MÉDICO – IMPRUDENCIA, IMPERICIA OU NEGLIGENCIA NÃO CARACTERIZADO – CULPA EXCLUSIVA DO PACIENTE – DANO MORAL INEXISTENTE – RECONVENÇÃO – CONEXÃO COM A AÇÃO PRINCIPAL – DANO MORAL RECONHECIDO - RECURSO IMPROVIDO. 1-Ora, como se vê claramente nos autos, não se pode atribuir nenhum defeito na prestação dos serviços médicos, posto que o recorrente não seguiu a orientação médica, tendo inclusive retirado o gesso de seu braço por conta própria. 2-Mesmo a responsabilidade objetiva, com envolvimento do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, não significa que o médico ou o estabelecimento hospitalar deva indenizar sempre, em qualquer caso, o dano sofrido pelo paciente, mas, apenas, que a vítima fica dispensada de provar a culpa daquele que entende responsável. Por sinal, na etiologia da responsabilidade civil objetiva, de que aqui se trata, contata-se que a inexistência de defeito de serviço, bem como a culpa exclusiva da vítima ou ato ativo de terceiro, são causas que excluem essa responsabilidade (art. 14, § 3.º, I e II).

⁵² SILVA, Pedro Ribeiro. *op. cit.*

(..) ⁵³. (grifo nosso)

Em outros casos, a jurisprudência ao observar que a obrigação do médico é de meio⁵⁴, bem como o fato de que a atuação do médico deve ser adequada conforme o histórico e prontuários médicos apresentados, têm afastado o dever de indenizar quando os procedimentos realizados se mostram adequados diante do histórico clínico do paciente, posto que não é dever do médico ter conhecimento de fatos que não lhe forem informados anteriormente:

APELAÇÃO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. Erro médico. Não caracterização. Prova pericial que demonstra a adoção de todos os procedimentos adequados ante o histórico clínico apresentado pelo autor/paciente. Verifica-se que não ocorreu erro médico como também falha de serviço do hospital requerido porque foi observado o exigível. Procedimento adequado, levando à convicção que o atendimento recebido bem como a atuação profissional do corpo médico não se configurou feita com negligência, imprudência, imperícia ou erro grosseiro. Procedimentos e regras técnicas adotadas a contento. Ausência de culpa ou dolo. Doutrina e jurisprudência. Teoria da perda de uma chance afastada. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO⁵⁵. (grifo nosso)

O fato de o paciente omitir informações que possam vir a contribuir com eventual dano sofrido, seja por erro de diagnóstico ou realização de procedimento desnecessário ou

⁵³ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO MATO GROSSO. Apelação Cível n. 0002806-42.2002.8.11.0006. Relator: Des.^a. Serly Marcondes Alves. Data do julgamento: 22 out. 2014. Disponível em: <http://servicos.tjmt.jus.br/processos/tribunal/dadosProcesso.aspx>. Acesso em: 12 fev. 2020.

⁵⁴ EICK, Luciana Gemelli; FACHINI NETO, Eugênio. *op. cit.*

⁵⁵ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Apelação Cível n. 0023995-14.2006.8.26.0590. Relator: Des. Beretta da Silveira. Data do julgamento: 10 out. 2017. Disponível em: https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=10872916&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_bad97435c8124b449c1cd8771cb6700d&g-recaptcha-response=03AGdBq26wsKLEubjnQNyyiQJEHaQydQLIZTZ_sT-Tw4CCd6quJ7iGpWiMQvOV4IK6PL69arLusuV0b6NeGdNGjqZKH8PfQOxN04lGsygXSOTLroLlAJPixT3IZGbxq8V2QNr9ftJFdLy4_JqVI9XLmyVkn7mPnirpdUzKNzEsZFv3cxlGj7X0xlpfvcv7aQ6WUz3rZRIUvLNRsQMbBjsNd121uMIDVVS8kh-ypneTffuzDfRe1fYY1105mhiAXQYk7IqL2zEJmYKw05d15WXPPh1TV4t8igH8l-rS-9bel27DnFvyp-hqdJd7JBM6gGaFbVLD_Ax4_XJAc9oTob-FZaR5U05iimK35XCia8W1x7hILwTS90Ebflltsxn7osRcX82B0Aer6xxsYtjju051V9H6Sg9bD0R3fBIrdhutFIEh0FV3vJH2xQbz0mdrlvlC25nIZDdVJMdQxB0QyovaFyiCqvOYH3DWLbFQ8XocZFuhijNs1XujhjnJlxPfuD4myLocETN4y_zgkEKO_bp4WmHFZpJq1SaaBBXw. Acesso em: 12 fev. 2020.

inadequado, pode excluir, ou atenuar, eventual responsabilização do médico, tendo em vista que esse dano decorreu de algo que o médico não poderia prever naquela circunstância, tendo por base o que o paciente falou (ou melhor, deixou de falar), na consulta⁵⁶.

Acerca do tema, alude Bergstein:

a falta de adequada informação prestada pelo paciente pode até determinar a eventual imputação ou não de responsabilidade ao médico, na medida em que, se o enfermo oculta dados sobre a sua saúde, a responsabilidade do médico pelo erro de diagnóstico pode, no mínimo, ver-se atenuada—quando não excluída⁵⁷.

A informação imprecisa do paciente, além de colocar em risco sua condição física, é capaz de suprimir eventual direito de obter indenização decorrente de erro médico⁵⁸.

Contudo, o que se salienta é que a ruptura do nexu causal pela responsabilidade exclusiva da vítima depende que o fato gerado pelo paciente seja o único que deu causa ao dano sofrido, posto que, em caso de multiplicidade de fatos geradores pode haver reconhecimento de culpa concorrente entre médico e doente.

A relação médico-paciente iniciada a partir da devida comunicação recíproca, verbal e não-verbal, se materializa por meio de um diagnóstico do profissional na busca de um tratamento em favor do enfermo, o que depende, e muito, das informações prestadas pelo paciente. Sendo assim, há uma via de mão dupla nessa relação, na qual existem direitos e deveres de ambas as partes para que se chegue ao diagnóstico e tratamento adequados.

Neste cenário, não se pode admitir que a primeira etapa do processo de cura ou tratamento seja viciada em decorrência da ausência do compartilhamento pleno das informações do caso concreto. É em consequência disto que o dever de informação deve estar

⁵⁶ BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

⁵⁷ BERGSTEIN, Gilberto. *op. cit.* p. 126.

⁵⁸ LORENZETTI, Ricardo Luis. *Fundamentos do direito privado*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

presente em todas as relações de saúde, visando resguardar tanto a saúde dos pacientes quanto a segurança profissional e jurídica dos médicos.

Assim como há o direito à informação do paciente, resguardado perante os artigos 4⁹⁵⁹ e 6⁹⁶⁰ do Código de Defesa do Consumidor, também há o dever de informação do paciente, que deve prestar ao seu médico toda informação pertinente relativa ao seu quadro clínico, sob pena de caracterização de culpa exclusiva do paciente caso haja um dano que decorra diretamente da omissão de informações relevantes.

3.2. O “dever” do paciente de fazer perguntas durante a consulta

Do dever de informação do paciente decorrem diversos deveres, sendo um dos mais importantes o dever de perguntar. Durante a consulta médica, o paciente tem o direito (o dever na realidade) de fazer perguntas.

Gustavo López-Muñoz y Larraz elenca um rol de perguntas a serem feitas pelo paciente ao médico, dentre elas cita-se as seguintes: por qual universidade de medicina se formou, quando se formou, é especialista em qual área, frequentou curso de especialização no exterior, qual o seu horário de atendimento, se fornece aos pacientes todos os seus telefones⁶¹. Essas são perguntas estão mais relacionadas com a formação e a forma de atendimento do médico.

⁵⁹ “Artigo 4º, inciso IV - educação e informação de fornecedores e consumidores, quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo;” BRASIL. *Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 15 jun. 2019.

⁶⁰ “Artigo 6º, inciso III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;” BRASIL. *Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 15 jun. 2019.

⁶¹ LARRAZ, Gustavo López-Muñoz y. *En defensa del paciente*. Madrid: Dikynson, 1998.

É evidente que não se deve negar a importância dessas perguntas, sendo importante que elas sejam feitas para que o paciente possa ter confiança de que está nas mãos de um médico capacitado tecnicamente, saber onde poderá encontrar com esse profissional e de que forma poderá contatá-lo em caso de emergência.

Por meio dessas perguntas há um estreitamento dos laços de confiança entre o médico e o paciente, e, conforme já expusemos ao longo do presente trabalho, a confiança é um dos principais pilares na relação entre médico e paciente. Ademais, a maneira como o médico responde à essas perguntas serve como um termômetro para avaliar o futuro da relação. Um médico que se incomoda com essas perguntas e que as responde de forma ríspida, coloca-se em uma posição de superioridade com relação ao paciente, criando uma barreira na relação, o que prejudica, e muito, o desenvolvimento da consulta e a relação com o seu paciente.

Além dessas perguntas, é de suma importância que o paciente também faça questionamentos técnicos sobre o prognóstico, sobre o diagnóstico, sobre o tratamento e sobre os medicamentos prescritos. O paciente tem o dever de fazer essas perguntas. Conforme já afirmado, o dever de informação é uma via de mão dupla na relação entre médico e paciente. Caso o paciente não tenha entendido algo que o médico disse, é seu dever perguntar.

O paciente não deve sair com dúvidas da consulta. Se isso ocorre, existe uma parcela de culpa do médico, que não soube explicar e informar adequadamente o paciente, mas também há a parcela de culpa do paciente, que se omitiu e não perguntou quando deveria ter perguntado. A atitude de perguntar não somente facilita o trabalho do médico, como também evita eventuais danos decorrentes da falta de comunicação.

Nesse contexto de uma relação permeada pelo diálogo, na qual o paciente também tem o dever de formular perguntas a fim de colaborar com o médico, para que compreenda

melhor o diagnóstico e tire suas dúvidas, a Choosing Wisely⁶² propõe que o paciente, durante a consulta médica, faça 5 questionamentos ao médico:

1. Do I really need this test or procedure?
2. What are the risks?
3. Are there simpler, safer options?
4. What happens if I don't do anything?
5. How much does it cost?⁶³

O objetivo dessas perguntas é permitir que médico e paciente decidam, juntos, qual a melhor forma de tratar a enfermidade, avaliando todos os riscos, as diversas possibilidades e os custos.

Nessa toada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de orientar que os pacientes durante a consulta relatem todos os seus sintomas, de que forma sentiram tais sintomas e quais medicamentos tomaram, também aconselha que os pacientes façam perguntas antes de se submeterem a exames, tratamentos ou procedimentos. Após o término da consulta, o médico irá dar um diagnóstico e prescrever um tratamento, sendo orientado ao paciente fazer as seguintes perguntas nesse momento:

1. Qual a duração do meu tratamento ou do controle que farei?
2. Existem riscos ou complicações envolvidos? Quais?
3. O tratamento a que eu vou me submeter costuma ter bom resultado?
4. Como faço para saber se o tratamento está funcionando?
5. Existem outras formas de tratar o meu problema de saúde?
6. O que acontecerá se eu não quiser realizar nenhum tratamento?

⁶² Escolhendo sabiamente, em tradução livre. Iniciativa da ABIM Foundation, entidade criada pelo Conselho Americano de Medicina Interna em 1989, que lança diretrizes voltadas a melhorar o atendimento na saúde, buscando estabelecer condutas voltadas para o bem-estar do paciente.

⁶³ Em tradução livre:

1. Eu realmente preciso deste teste, tratamento ou procedimento?
2. Quais são os riscos?
3. Existem opções mais simples e seguras?
4. O que acontece se eu não fizer nada?
5. Quanto custa isso?

Disponível em: <https://www.choosingwisely.org.au/resources/consumers-and-carers/5-questions-to-ask-your-doctor-or-other-healthcare-provider-before-you-get-any-test-treatment-or-procedure>. Acesso em: 23 nov. 2020.

7. Há algum hábito, tipo de alimentação ou medicação que eu devo evitar durante o tratamento?
8. O que eu devo observar durante o tratamento?
9. Sobre a doença que me afeta: ela tem cura?⁶⁴

O nível de participação do paciente na consulta médica está intrinsicamente relacionado com a temática abordada em capítulo anterior. Em uma consulta centrada no médico e na doença, na qual se acredita que os remédios e os exames são as únicas soluções, o paciente se sentirá menos confortável para emitir opiniões e para falar abertamente sobre aquilo que está sentindo.

Conforme afirma Livia Hayger Pithan:

O médico que, em uma primeira consulta, somente solicita exames sem ao menos questionar o paciente, por exemplo, sobre sintomas, estilo de vida, hábitos alimentares, certamente não está tornando viável o cumprimento dos deveres informativos do paciente.⁶⁵

Já em uma consulta médica em que se preconiza um modelo biopsicossocial, onde se leva em consideração os anseios e a perspectiva do paciente, este tende a expor mais as suas ideias, opiniões e a participar do processo decisório⁶⁶. Isso porque “a valorização da autonomia do paciente e o envolvimento dele na consulta, desde o diagnóstico até as decisões a respeito do manejo do problema de saúde, afetam o resultado da consulta”⁶⁷.

Em uma consulta onde o paciente tem pouca voz e a sua opinião é desconsiderada, este acaba deixando de falar algumas informações, seja porque não se sente à vontade para

⁶⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS. Orientações e perguntas importantes para a realização de uma boa consulta médica e para quando o paciente realizar algum diagnóstico ou tratamento de saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/temas-de-interesse/orientacoes-ao-paciente>. Acesso em: 18 nov. 2020.

⁶⁵ PITHAN, Livia Hayger. *O consentimento informado na assistência médica: uma análise jurídica orientada pela bioética*. 2009. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009, p. 43.

⁶⁶ BALLESTER, Denise; et. al. *op. cit.*

⁶⁷ BALLESTER, Denise; et. al. *op. cit.* p. 601.

dizê-las, ou porque o médico lhe tomou a palavra e constantemente o interrompeu, sem que tenha oportunizado ao paciente que terminasse de expor as suas queixas. Compreende-se que as dificuldades são grandes, mas mesmo nesse cenário o paciente não pode deixar de prestar informações que sejam fundamentais ao médico. Cabe ao paciente informar quais os sintomas que está sentido, a duração deles, o histórico clínico e familiar, dentre outras informações pertinentes, sendo de fundamental importância que o paciente também faça perguntas caso fique com dúvidas, a fim de evitar um diagnóstico equivocado e um tratamento que ao invés de trazer a cura, traga danos.

4. Considerações finais

Na relação médico-paciente o dever de informações impõe obrigações de esclarecimento para ambas as partes. Assim como o paciente desconhece informações a respeito de diagnósticos e terapias, o médico também desconhece uma série de fatores pessoais do paciente, sendo que o conhecimento dessas informações é de suma importância para se chegar a um diagnóstico preciso da doença que acomete o paciente. O dever de informar do paciente é a contrapartida do dever de informar do médico, e está fundado na boa-fé objetiva que deve pautar as relações contratuais.

Nesse contexto, é necessário que o equilíbrio tome conta da consulta médica. O médico deve chegar ao diagnóstico e tratamento adequados tendo como base não apenas os exames clínicos, mas também por meio das informações prestadas pelo paciente no exercício de seu dever de informação. Como uma premissa ou espécie de regra geral, o médico tem o dever de informar ao paciente tudo sobre a doença, em linguagem clara e precisa, esclarecendo sobre o diagnóstico, os possíveis tratamentos e os possíveis danos decorrentes desses tratamentos. Em caso de dúvidas, é dever do paciente perguntar, sendo que o médico também tem o dever de se certificar que o paciente entendeu tudo que lhe foi informado,

dando total abertura para que o paciente se manifeste durante a consulta, concretizando-se a via de mão dupla do dever de informação na relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Evelyne Borges de Mattos; FERNANDES, Mariana Delgado; et al. A inclusão da internet na relação médico-paciente: apenas prós? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 386-390, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/31/29>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BACELAR, Simônides; et. al. Questões de linguagem médica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 96-98, jan./fev. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000100017. Acesso em: 13 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000100017>.

BALLESTER, Denise; et. al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 598-606, out./dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400016. Acesso em: 23 set. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400016>.

BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BOMTEMPO, Thiago Vieira. O dever de informar na relação médico-paciente no código de defesa do consumidor. *Âmbito Jurídico*, 1º set. 2013. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-116/o-dever-de-informar-na-relacao-medico-paciente-inserido-no-codigo-de-defesa-do-consumidor/>. Acesso em: 02 set. 2019.

BORGES, Gustavo Silveira; MOTTIN, Roberta Weirich. Erro médico e consentimento informado: panorama jurisprudencial do TJRS e do STJ. *Revista de Direito Público*, Londrina, v. 12, p. 15-47, mai. 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/viewFile/24122/20906>. Acesso em: 03 mai. 2019

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023. Acesso em: 11 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>.

CAPRARA, Andrea; GOMES, Annatalia Meneses de Amorim; et al. Relação médico-paciente: entre

o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Revista Physis: Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1101-1119, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014. Acesso em: 20 jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, p. 139-146, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

CAVALIERI, Sérgio Filho. A responsabilidade médica e o dever de informar. *Revista da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 28, p. 81-88, 2004. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista28/revista28_81.pdf. Acesso em: 06 jun. 2019.

EICK, Luciana Gemelli; FACHINI NETO, Eugênio. Responsabilidade civil do médico pela falha no dever da informação, à luz do princípio da boa-fé objetiva. *Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul - AJURIS*, Porto Alegre, v. 42, n.138, p. 51-86, jun. 2015. Disponível em: http://ajuris.kinghost.net/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/553/Ajuris138_DT3. Acesso em: 10 set. 2019.

GOLDIM, José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 46, n. 3,4, p. 109-116, jul./dez. 2002. Acesso em: 12 fev. 2020.

KONDER, Carlos Nelson. O consentimento no Biodireito: o caso dos transexuais e dos wannabes. *Revista Trimestral de Direito Civil*, Rio de Janeiro, ano 4, v. 15, p. 41-71, jul./set. 2003. Disponível em: <http://konder.adv.br/wp-content/uploads/2018/01/Carlos-Nelson-Konder-O-consentimento-no-biodireito.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

LARRAZ, Gustavo López-Muñoz y. *En defensa del paciente*. Madrid: Dikynson, 1998.

LORENZETTI, Ricardo Luis. *Fundamentos do direito privado*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal de; MYSZCZUK, Ana Paula. El analfabetismo funcional en Brasil y sus implicaciones en el consentimiento libre del paciente: un análisis de la vulnerabilidad. In: *VIII Congreso Mundial de Bioética*, 1. ed. Gijón, 2013. p. 162-170.

MONTE, Fernando Q. A ética na prática médica. *Revista de Bioética*, v. 10, n. 2, p. 31-46, 2002. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/212. Acesso em: 10 dez. 2019.

MOURA, Juliana de Carvalho. *Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico*. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de

Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

NÓBREGA-TERRIEN, Silvia Maria; et. al. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 112-118, jan./mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100112. Acesso em: 12 fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02212012>.

PITHAN, Livia Haygert. *O consentimento informado na assistência médica: uma análise jurídica orientada pela bioética*. 2009. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

REZENDE, Joffre Marcondes de. *Linguagem médica*, 3. ed. Goiânia: AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda., 2004.

SILVA, Josimário. Relação médico/paciente, relação de direitos mútuos. *Universidade Federal de Pernambuco*. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/39296/684470/relacao_medico_paciente.pdf/c867581b-7ae7-4c62-87a6-f4d75b40e17b. Acesso em: 04 abr. 2020.

SILVA, Pedro Ribeiro. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Portugal, v. 24, n. 4, p. 505-512, 2008. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531/10267>. Acesso em: 10 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v24i4.10531>