

CAPÍTULO 12

DIREITOS DA(O)S PACIENTES

Daniele Pompei Sacardo
Rhama Freitas

2021

Sumário

Direitos da(o)s pacientes

Crise de valores e a banalização da violência na contemporaneidade

Violência institucional na saúde e humanização

Autonomia e consentimento livre e esclarecido

Liberdade

Competência

Esclarecimento

Considerações finais

GUIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Referências Bibliográficas

Direitos da(o)s pacientes

No Brasil, desde a Constituição de 1988, formalmente, todo cidadão tem direito à saúde. Trata-se de um dever do Estado, ente responsável por implementar políticas públicas que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. No âmbito normativo, é possível afirmar que a legislação brasileira acatou o princípio ético da justiça distributiva, alocando recursos para viabilizar a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e regular a atuação do setor privado, considerado como complementar ao setor público. Com a promulgação da Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998, estabeleceram-se as bases da Saúde Suplementar com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Assim, o sistema prevê uma estrutura híbrida de oferta de serviços de saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita a todos os cidadãos brasileiros, e outra rede de serviços privados, que vem atuando sob a forma de planos e seguros de saúde, constituídos por equipamentos próprios, como hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios particulares.

Mas, será que nós brasileiros realmente temos direito à saúde? Vivemos num país que ocupa a 9ª posição na economia mundial, entretanto, cerca de 50 milhões de pessoas, ou o equivalente a 25,4% da população, vivem na linha da pobreza e têm renda familiar equivalente a US\$5,5 por dia, valor adotado pelo Banco Mundial¹ para definir se uma pessoa é pobre². Em se tratando de despesas em saúde per capita, em dólares, o Brasil tem um gasto total de 8,4% do Produto Interno Bruto em saúde, sendo que apenas 3,9% equivalem ao gasto público. Isso equivale a cerca de US\$ 1.085 per capita anuais, incluindo os gastos feitos pelos setores público e privado³. Diante do cenário de escassez de investimentos públicos no setor, somado às transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, a resposta à indagação acerca do cumprimento do princípio constitucional do direito à saúde parece, infelizmente, ser negativa...

Tal descumprimento é facilmente identificável em ambas as esferas, considerando as ações e omissões do Estado em cumprir sua função de respeitar, proteger e realizar os direitos conquistados por meio de normativas e legislações específicas. No setor público, fatores como a má distribuição de serviços de saúde, a escassez de leitos e dificuldade de acesso aos serviços diagnósticos, as extensas filas nos serviços de emergência, a desmotivação de boa parte dos profissionais que atuam no setor, a falta de equipamentos e insumos para manutenção da qualidade dos serviços assistenciais aliada à formação profissional deficitária, aos poucos estímulos para educação permanente e ausência de um plano de carreira produzem no nosso

imaginário a ideia de que os serviços públicos não reúnem condições materiais e simbólicas para funcionar como um “sistema” para todos os cidadãos, ficando relegado à parcela populacional que não possui outros meios de acesso aos serviços de saúde. No setor privado, igualmente, as dificuldades não são menores. Não é incomum o sistema de saúde suplementar frequentemente mostrar que não consegue atender às necessidades dos pacientes, principalmente em situações de maior gravidade clínica que demandam a utilização de tecnologia complexa e custosa, seja em virtude das carências, das exclusões e/ou das restrições a diversas patologias e agravos à saúde. Não é sem razão que os planos de saúde se tornaram durante os últimos anos os campeões de reclamações nos órgãos de defesa dos consumidores.⁴

O debate em torno da concreta efetivação dos “direitos dos pacientes” – tema central desse capítulo – ganha relevância na atualidade na medida em que ele está associado ao “valor social” da saúde para a sociedade brasileira como um todo. De acordo com o Relatório Mundial produzido pela OMS acerca dos sistemas de saúde⁵, o “valor social”, na forma de melhoria da saúde da população, é um dos objetivos fundamentais de um sistema de saúde e está inexoravelmente imbricado aos seus objetivos – produção de saúde, mitigação de danos e sofrimentos decorrentes do processo de adoecimento, melhoria da qualidade de vida e bem-estar, redução das desigualdades sociais, inclusão social, promoção da equidade, desenvolvimento humano, entre outros. Esse valor é criado quando há consensos sociais acerca da priorização do setor sanitário para destinação de investimentos públicos, buscando alcançar eficiência financeira com resultados nas condições de saúde de uma população, mas também quando os recursos, os processos, os produtos e os serviços de saúde são utilizados para gerar melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo, adicionalmente ao valor econômico.

Os filósofos espanhóis Cortina e Martínez⁶ defendem que, em torno dos valores sociais “girarão outros elementos da ética: o bem e o dever”. Para os autores, a identificação de um *valor* não realizado é acompanhada pelo *dever* de realizá-lo. É nessa perspectiva que a temática “direitos dos pacientes” é abordada no presente capítulo: reafirmamos o *valor* da saúde como um direito humano fundamental, cuja finalidade é garantir a dignidade dos pacientes que buscam os serviços de saúde públicos ou privados, ao mesmo tempo em que cabe identificar eventuais violações e responsabilizar aqueles que têm o *dever* de fazer cumpri-los no cotidiano das instituições de saúde.

Crise de valores e a banalização da violência na contemporaneidade

Os dados acerca de investimentos públicos na saúde demonstram que, no plano dos valores, incluindo a questão do subfinanciamento crônico do setor sanitário, o conjunto da sociedade brasileira parece aproximar a concepção de *saúde* mais a uma mercadoria similar a tantas outras disponíveis nas relações de consumo, e não a um bem público, um direito do cidadão. Tal fenômeno caracterizado pela transformação da “saúde em mercadoria” se revela muito mais amplo e complexo, extrapolando os limites das fronteiras nacionais, visto que é resultante do capitalismo transnacional e da globalização econômica.

Na esteira dessa lógica, no período mais recente, constatou-se novos movimentos na dinâmica do mercado da saúde, que sempre foi dependente dos incentivos públicos e profundamente articulada ao SUS. O ciclo de crescimento econômico apoiado na ampliação do consumo do final dos anos 2000 e início da década de 2010 impulsionou uma transformação no padrão de acumulação, gestão e realização de riqueza, constituindo o processo que ficou conhecido como “financeirização das empresas” que atuam no setor sanitário⁷. Em diversos subsetores (planos e seguros de saúde, medicina diagnóstica, farmácias e drogarias, hospitais privados, indústria farmacêutica, distribuidoras de medicamentos; e outros) foram formados grandes grupos econômicos associados à abertura de capital de diversas empresas; venda de participação acionária para empresas e investidores nacionais e internacionais; maior concentração de mercado por movimentos de fusões e aquisições; corrida ao financiamento público e privado mediante empréstimos, créditos e operações financeiras; entrada de empresas de outros setores na saúde e diversificação dos negócios das empresas originais da saúde; além de relevância crescente das funções financeiras para alavancar ampliação de escala, vantagens competitivas e resultados econômicos.^{8, 9, 10}

Paulatinamente, os conflitos entre os setores público e privado no Brasil cederam lugar à “cultura da colaboração”, sendo hoje vigente o discurso de reforço mútuo, expresso tanto por agentes do mercado quanto do Estado⁷. Assim, a existência do SUS por si só deixou de ser uma ameaça e, ao contrário, transformou-se, para os setores mais integrados à financeirização, em oportunidade, na medida em que o SUS garante a estabilidade sanitária, sustenta o setor privado e não impõe limites à expansão dos negócios. Nesse contexto, não é surpreendente que em 2017 foi publicada pesquisa do Banco Mundial¹¹ evidenciando que o Brasil poderia aumentar os resultados de saúde em 10% com o mesmo nível de gastos; ou poderia economizar 34% de seus gastos para produzir os mesmos resultados. De acordo com a publicação, as ineficiências

advêm, principalmente, da escala inadequada, escassez de mão-de-obra, falta de incentivos para os prestadores e pacientes.

O tempo presente, conhecido como pós-modernidade¹², é caracterizado, entre outros aspectos, pela perda dos ideais coletivos utópicos, políticos, éticos e estéticos da modernidade que creditavam ao projeto iluminista a construção de um mundo melhor. O autor também chama a atenção para a busca de “soluções biográficas para contradições sistêmicas, de salvação individual de problemas [socialmente] compartilhados” (p. 129). Se aquele projeto coletivo ruiu, ganhou força a responsabilização do indivíduo pela conquista, por seus próprios meios, do que é considerado “vida boa”¹³. A insegurança é parte do cotidiano global e tem origens no mundo desregulamentado, flexível, diversificado, competitivo e repleto de incertezas, onde todos são deixados por conta própria.

Nesse contexto, os valores que têm modulado nosso viver em sociedade parecem atender aos interesses voltados para o consumo, estimulando cada vez mais a competição, a acumulação e o excesso, o prazer fácil e imediato, ao passo que as relações interpessoais passam a ser superficiais, valendo mais a quantidade e seu valor instrumental do que a qualidade dos encontros. Como consequência, percebemos uma deformação do “eu” e uma supervalorização da aparência, do culto ao corpo, do exibicionismo, da captura pela imagem e do comportamento histriônico, teatral e exagerado, ou seja, modos de viver que se realizam como “espetáculo”. A esse movimento individualista do tempo presente, Lasch¹⁴ nomeou de “Cultura Narcísica” e Debors¹⁵ de “Sociedade do Espetáculo”. Tais referências implicam que, no plano dos relacionamentos sociais, perdemos os parâmetros claros de outrora, os suportes sociais e éticos para julgar entre o “certo” e o errado”, além de pendermos para um modo narcísico de ser, criando, assim, as condições para a intolerância à diferença. O “outro” – que pode ser um paciente ou seu familiar, o colega membro da equipe de trabalho, ou qualquer pessoa – passa a ser considerado não como um parceiro ou aliado, mas como uma ameaça. Tal disposição, associada à frivolidade e rapidez das trocas intersubjetivas, ao baixo estímulo à reflexão sobre os aspectos existenciais e morais do viver humano, faz com que a cultura de violação de direitos e a banalização da violência se tornem parte do nosso cotidiano.

Se há certa naturalização de relações violentas nos diferentes espaços sociais, não é de se estranhar que as instituições de saúde, em especial as hospitalares, mas não apenas, tenham se tornado locais onde se perpetuam atitudes desrespeitosas e infrações aos direitos dos cidadãos. Em virtude da necessidade de assistência à sua saúde, inúmeros pacientes têm sido submetidos cotidianamente a situações de humilhação e maus-tratos por profissionais que não cumprem com seu papel social de cuidar e proteger. Ao contrário, submetem os pacientes a

condutas paternalistas e autoritárias, anulando sua condição de sujeitos, subtraindo seus direitos, especialmente ao exercício de sua autonomia para tomar decisões acerca da própria saúde e vida.

O respeito à dignidade da pessoa é um dos valores básicos da sociedade contemporânea, fundamentando-se na máxima de que cada pessoa deve ser vista como um “fim em si mesma” e não somente como um meio, princípio frequentemente infringido nas instituições de atenção à saúde.

A partir da urgente necessidade de “humanizar” as práticas sanitárias, a sociedade vem clamando cada vez mais por uma revisão de valores e atitudes, abrindo espaço para a recuperação da importância da Ética em diversas áreas, particularmente na saúde. O movimento por humanização na saúde propõe a construção coletiva de valores que resgatem a preservação da dignidade de todos os seres humanos e o exercício da ética, aqui pensado como “um princípio organizador da ação”¹⁶. Nessa perspectiva, o *agir ético* se refere à reflexão crítica que cada um de nós, profissionais da saúde ou pacientes, temos o dever de realizar, confrontando os princípios e valores vigentes na moral da sociedade com os nossos próprios valores individuais. Trata-se de ponderar nosso modo de sentir, pensar e agir no sentido do Bem. O julgamento ético de cada ato, seja profissional ou pessoal, e a análise das consequências das escolhas feitas constituem tarefas constantes do nosso psiquismo, que põem em jogo os valores morais que a cultura nos dá por referência e os desejos ocultados no íntimo de cada um.

Em relação à dimensão institucional, são os valores fundamentais para balizar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera “bom” e “justo”. A Ética, assim pensada, torna-se um importante instrumento contra a violência institucional e a favor da humanização das práticas em saúde.

Violência institucional na saúde e humanização

Historicamente, o movimento em torno da humanização surgiu como resposta espontânea a um estado de insatisfação, tensão e sofrimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes, diante de fatos e fenômenos que configuram o que chamamos de “violência institucional na saúde”. Tal modalidade de violência se refere à utilização de castigos, abusos e arbitrariedades praticados nas prisões, escolas e instituições psiquiátricas, com a conivência do Estado e da sociedade. No âmbito das instituições de saúde, é definida como “qualquer ação ou omissão praticada no processo de atendimento aos usuários, incluindo ausência de qualidade, inacessibilidade, relações de poder desiguais, danos físicos intencionais,

falta de atenção e maus-tratos, desqualificação profissional, negligência das necessidades e direitos”¹⁷.

Tratam-se de atitudes violentas perpetradas por profissionais que têm o dever de proteção aos pacientes, na medida em que se encontram numa situação de vulnerabilidade, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora dos malefícios e danos causados pela situação de adoecimento. Lamentavelmente, casos de violação de direitos e violência institucional ocorridos no âmbito dos serviços de saúde no Brasil são frequentes e amplamente divulgados na mídia, embora esse fenômeno não se circunscreva ao território nacional. No plano internacional, a violência é reconhecida como uma questão social e da saúde, e tem sido tema de pesquisa em diversos países¹⁸. Desenhos metodológicos cujo material empírico é constituído por entrevistas com profissionais e usuários dos mais diversos serviços mostram que a questão da violência na saúde não é uma questão pessoal ou pontual. A constância e a alta distribuição dos episódios de violência fazem com que seja caracterizada como institucional, ou seja, que existem elementos dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário que encerram aí relações violentas. Em geral, tais estudos demonstram que, para além dos problemas econômicos e de infraestrutura que os diversos serviços de saúde sofrem, encontram-se aspectos socioculturais relacionados às práticas violentas de caráter institucional.

Entre os especialistas do tema, parece consenso que a violência revela estruturas de dominação de diversas ordens, como classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, gêneros, nações. A ação violenta surge como resultado de conflitos entre os que querem manter certos lugares e privilégios e os que se rebelam contra eles, não necessariamente por buscarem a justiça, mas muitas vezes apenas por desejarem o poder.

A violência institucional na saúde decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. De acordo com Aguiar, D’Oliveira e Schraiber¹⁹, a relação desigual construída entre os profissionais e os pacientes pode ser considerada como um reflexo dos diferentes padrões sociais que exercem influência no processo saúde-doença-cuidado. Assim, à medida em que as distinções entre os seres humanos são consolidadas socialmente, e avançam para o interior das instituições, podem pouco a pouco serem convertidas em formas de violações. Sob essa perspectiva, a violência no âmbito das instituições de saúde é definida como qualquer ação ou omissão praticada no processo de atendimento aos usuários, incluindo ausência de qualidade, inacessibilidade, relações de poder desiguais e opressoras, danos físicos intencionais, falta de atenção e maus-tratos, desqualificação profissional, negligência em relação às necessidades e aos direitos¹⁷.

Indubitavelmente, ao longo dos anos, o arranjo organizacional e dos processos de trabalho nas instituições sanitárias, particularmente no hospital, proporcionaram grandes avanços em termos de oferta de tratamentos e redução de morbi-mortalidade. Entretanto, concomitante a essas melhorias, também foram geradas situações que tornaram os equipamentos de saúde lugares que provocam sofrimentos. Dentre os fatores que produzem essa dinâmica institucional, Rios¹⁶ destaca:

- a) a dificuldade de reconhecer e lidar com as diferentes subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de estruturas caracterizadas pela rigidez hierárquica,
- b) altos níveis de controle de processos e resultados, ausência de direitos ou recursos em relação às decisões advindas dos superiores,
- c) forma de circulação da informação e comunicação de modo descendente,
- d) disciplina autoritária e descaso pelos aspectos humanísticos da prática sanitária, entre outros.

Todos esses fatores contribuem para transformar os ambientes de cuidado - hospitais, centros de saúde, clínicas de especialidades, ambulatórios, laboratórios etc. – em lugares onde as pessoas são tratadas como “coisas”, prevalecendo o desrespeito à sua autonomia e a falta de solidariedade. O quadro a seguir exemplifica situações de violência institucional ocorridas em serviços de atenção à saúde, contrariando direitos fundamentais, ferindo a dignidade e os direitos dos pacientes.

Ademais, há uma crise institucional na medicina que influencia as demais profissões de saúde, trazendo inúmeros prejuízos ao paciente, caracterizada por:

- Em relação ao profissional da saúde:
 - excesso de poder de decisão: lógica que reserva ao médico o direito de decidir sobre os caminhos da estratégia terapêutica;
 - excesso de utilização de protocolos fundamentados em estatísticas: lógica que pretende evitar processos judiciais, trazendo, como consequências, o tratamento dos indivíduos por categorias, por patologia e não individualizados, visando preservar a segurança jurídica da equipe que presta o atendimento;
 - excesso de tecnologia: lógica que prioriza o funcionamento dos sistemas e utilização do conhecimento técnico e da informação (exames

complementares), em detrimento do raciocínio clínico e abordagem das preferências do paciente.

- Em relação ao paciente:
 - baixo poder de decisão, o que leva à insegurança e quebra de confiança por não participar da condução do seu próprio destino;
 - primeira contradição: por um lado, pouco acesso à informação da equipe assistente, pois frequentemente não compreende o que está sendo proposto devido à falta de tempo dispendido para a comunicação, ou por falta de uma linguagem compreensível que torne mais horizontal a relação médico-paciente, Por outro lado, há um acesso facilitado à informações pela internet, permitindo conhecer estatísticas e protocolos, entendendo um pouco mais sobre as patologias;
 - segunda contradição: uma expectativa cada vez maior de participar do tratamento; impossibilidade de participar porque os serviços de saúde entendem que os pacientes devem ser passivos a fim de não “atrapalhar” o tratamento;
 - expectativa cada vez maior de ser tratado por outro ser humano e não por um “cavalo batizado”²⁰

A intencionalidade de exemplificar os modos pelos quais a violência se expressa no cotidiano dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, é tomá-los como desafios a serem enfrentados com a máxima urgência, recolocando o princípio ético do *respeito à dignidade humana* como valor essencial das relações sociais, particularmente na saúde. Partimos do pressuposto de que todo ser humano, quando na posição de paciente, deve ser tratado em virtude de suas necessidades de atenção e cuidado, e não como um meio para satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos profissionais de saúde, dos gestores de serviços, operadores de planos e seguros, ou de interesses industriais e comerciais.

Quadro 1: Situações de violência institucional na atenção à saúde.

Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
Falta de escuta e tempo para o atendimento;
Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência;
Maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero deficiência física, doença mental;
Violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soro positivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar);
Desqualificação do saber prático e da experiência de vida, diante do saber científico;
Violência física;
Falta de apreço quanto às necessidades singulares dos pacientes;
Proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos;
Críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança no atendimento ou durante a internação;
Diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

Diretrizes e normativas acerca dos direitos dos pacientes

Historicamente, foi no bojo da luta por *direitos morais dos pacientes* que o movimento por “humanização” das práticas na saúde ganhou relevância. Desde a década de 1970, no bojo da ampliação da conquista dos direitos civis, o direito dos pacientes passou a figurar em diversos textos e declarações internacionais, expandindo-se a noção de que, sendo agentes livres e autônomos para decidirem sobre atos praticados em sua integridade física e psíquica, as pessoas não poderiam ser tratadas como seres passivos em suas relações com os profissionais e estabelecimentos de saúde. Apesar dos textos e declarações não criarem vinculação jurídica para os países signatários, eles tiveram relevância por inspirarem e servirem como diretrizes para a reorganização e funcionamento dos sistemas e serviços de saúde, tanto no intuito de humanizar as práticas, como para a elaboração de legislação local.

A primeira declaração de direitos dos pacientes é atribuída ao Hospital Mont Sinai, em Boston – EUA, no ano de 1972. Um ano após, foi publicado o *Patient’s Bill of Rights* (Carta dos Direitos dos Pacientes) pela Associação Americana de Hospitais, cujo mérito

foi consagrar a informação e o consentimento entre os direitos dos usuários de serviços de saúde³. No final de década de 1970, a Europa se manifestou por meio da “Carta do Doente Usuário de Hospital”, promulgada por seu Comitê Hospitalar, afirmando o direito do cidadão hospitalizado à autodeterminação, ressaltando o dever dos profissionais de saúde de observarem o consentimento ou a recusa dos pacientes aos cuidados propostos para diagnóstico ou tratamento, assim como a obrigatoriedade da informação sobre todos os fatos referentes a seu estado de saúde²¹. Em 1984, ampliando o enfoque hospitalar dos outros documentos, o Parlamento Europeu adota a “Carta Europeia dos Direitos do Paciente”, na qual se encontram expressos, entre outros aspectos, o direito à informação sobre o tratamento e o prognóstico, o direito à consulta ao prontuário médico, assim como o direito de consentir ou de recusar ser submetido a tratamentos.

No Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde traz diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (Lei federal 8080/90, art. 7º, III, IV e V)⁴.

Um importante marco na conquista de direitos do paciente foi a promulgação da “Cartilha dos Direitos do Paciente” pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo, a partir de estudos efetuados pelo Fórum Permanente de Patologias Crônicas. As diretrizes e os princípios aí dispostos foram inspiradores da lei estadual nº 10241, promulgada em março de 1999, relativa aos direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado⁵.

³*Patient's Bill of Rights* - <http://www.americanpatient.org/aha-patient-s-bill-of-rights.html>

⁴ Lei 8080/90 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

⁵Lei Covas:

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>

Quadro 2: Lei Estadual 10241 - Os usuários dos serviços de saúde têm direito a:

um atendimento digno, atencioso e respeitoso; ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; não ser identificado ou tratado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso; ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; poder identificar as pessoas responsáveis, direta e indiretamente, por sua assistência; receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico (Art. 2º, itens I a VIII).

Atualmente, há outros dispositivos normativos que orientam a prática profissional nas instituições de saúde, tendo em vista o envolvimento de organizações não-governamentais e associações voluntárias que atuam na assistência e na defesa dos direitos dos cidadãos portadores de patologias, assim como associações profissionais, como o Conselho Federal de Medicina⁶ e de representação cidadã, como o Conselho Nacional de Saúde⁷

O movimento pela humanização constituiu um processo fundamentado no respeito e valorização do ser humano, que visava à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços¹⁶. A questão central dos movimentos em defesa dos direitos fundamentais da cidadania e, especificamente, os reivindicativos do direito à saúde e humanização dos serviços, foi a ampliação da consciência dos indivíduos de sua condição de agentes autônomos. Esse fenômeno tem provocado transformações na

⁶ A versão recente está publicada e disponível para download no site do CFM, cujo título é “Cartilha CFM informa sobre os direitos dos pacientes no SUS”. Vide: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26170%3Acremerno-distribui-cartilha-sobre-direitos-dos-pacientes-do-sus&catid=3%3Aportal&Itemid=1 [acesso em 25 de setembro de 2018].

⁷ Carta dos direitos dos usuários da saúde. MS, 2006. <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>

tradição hipocrática dos médicos, e que se estendeu a outros profissionais da saúde, cujas práticas têm sido historicamente orientadas pelos princípios da “beneficência” e da “não maleficência”, em detrimento do princípio da “autonomia”. Entretanto, a violação potencial do princípio ético da autonomia pode afetar negativamente e comprometer um trabalho de qualidade entre usuários, profissionais e instituições de saúde.

Conhecida como Bioética Principlista, os autores Tom Beauchamp e James Childress²² na obra *Princípios da ética Biomédica* propuseram quatro princípios que servem de orientadores referenciais para a análise dos problemas éticos no cotidiano dos serviços de saúde. Na prática, alertam para a necessidade de profissionais de saúde não serem maleficientes (não causarem danos), de serem justos (promoverem a justiça), de respeitar a autonomia das pessoas e de serem beneficentes (fazerem o bem). Os princípios são considerados *prima facie*, ou seja, são hierarquizados, ponderados e priorizados mediante os casos concretos, buscando atender às necessidades e demandas dos contextos particulares. Para entender a ponderação dos princípios conflitantes, vale lembrar das intervenções relacionadas à saúde como os efeitos colaterais de medicações ou as punções venosas para coleta de exames, situações comuns nos serviços de saúde que os profissionais de saúde aceitam causar dor e desconforto em nome da beneficência, em detrimento da não-maleficência. Quando o caso é mais complexo, como na amputação de membros, o conflito entre os princípios fica mais evidente.

Na perspectiva deontológica, contudo, o princípio norteador da atividade dos profissionais de saúde é a dignidade, tomando o direito de todos ao cuidado de excelência, com o mais alto nível de qualidade científica, técnica e humana.

Autonomia e consentimento livre e esclarecido

O respeito ao princípio da autonomia conjuga-se com o princípio da dignidade humana, pois pressupõe a aceitação do pluralismo moral característico do tempo presente. Parte da necessidade de reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões sobre seu próprio plano de vida e ação, embasadas em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes diverjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes na sociedade. Afinal, cabe lembrar que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença, a vida, são da própria pessoa... Nesse contexto, violar a autonomia significa tratar as pessoas como meios, e não como fins em si mesmas.

Além das diretrizes e normas jurídicas que contemplam a necessidade de profissionais de saúde respeitar a autonomia dos pacientes, um aspecto importante é o *valor atribuído* a esse princípio nos serviços de saúde, nos quais as posturas se dividem, basicamente, em dois grupos, dependendo dos princípios éticos que regulam a conduta do profissional de saúde. Quando, na assistência à saúde, prevalece o bem-estar do paciente segundo o referencial do profissional, a efetiva participação do paciente no processo de tomada de decisão pode ser irrelevante. Entretanto, se o respeito aos valores do paciente é considerado importante valor ético, é possível que tanto os profissionais

Autonomia é um termo derivado do grego *autos* (próprio) e *nómos* (lei, regra, norma) e refere-se ao poder da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde e seu bem-estar, mediante valores, crenças, expectativas e prioridades, de forma livre e esclarecida, dentre as alternativas a ela apresentadas.

quanto a instituição de saúde promova um ambiente de construção de confiança e de compartilhamento de decisões.²³

Para a garantia da liberdade de consentir é preciso que os profissionais de saúde respeitem a autonomia das pessoas e não quebrem esse respeito “em nome do bem” do paciente, ou de normas e rotinas institucionais. Querer o bem do paciente é um valor cultivado pelos profissionais da saúde, e seria uma virtude se todos quiséssemos o bem de todos e a representação do bem fosse igual para todos. Entretanto, nem sempre o conceito de bem dos profissionais coincide com o do paciente, devendo, nesse caso, prevalecer o do paciente. Respeitar uma pessoa como sujeito autônomo implica, necessariamente, acatar seu direito de ter opiniões próprias, de fazer suas escolhas e agir de acordo com seus próprios valores, princípios e crenças.

O respeito à autonomia é o reconhecimento da pessoa como sujeito e não simplesmente como objeto. É um princípio *prima facie*, ou seja, não absoluto, sendo seus limites estabelecidos pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros.

Esse princípio tem provocado, ainda que de forma incipiente, mudanças na relação entre o profissional de saúde e o paciente, na qual este último costuma ser (tem sido, desde Hipócrates), o objeto e o profissional, o sujeito. Com esse princípio, começou a esboçar-se uma relação entre sujeitos, podendo haver uma troca mútua e respeito ao outro, na qualidade de paciente e cidadão. Assim, a posição do paciente passa a ser não mais a de

um objeto que recebe um benefício, mas a de sujeito, que discute e emite opiniões sobre a sua saúde, seu tratamento e bem-estar. Para isso, é fundamental a comunicação entre ambos que se estabelece na medida em que o elo mais forte se dispõe a realizar um modo de comunicação não violenta e escuta empática.

Igualmente, muitas vezes, a decisão tomada pelo paciente não é a mesma que os profissionais de saúde tomariam, gerando conflitos de valores e dificuldade de aceitação por parte dos profissionais. Entretanto, essa situação não justifica o desrespeito à decisão do paciente, desde que esta tenha sido tomada de forma *livre e esclarecida*²⁴. A dificuldade em aceitar uma decisão de uma pessoa enferma, quando diferente daquela que os profissionais tomariam, pode ser explicada pela tradição hipocrática paternalista, segundo a qual a “razão” e o “saber” do médico inicialmente é que determinavam o que era melhor para o paciente.

Na prática assistencial, a reação apresentada pelos pacientes diante da realização dos procedimentos faz com que recebam o rótulo de “não colaboradores”, ou então como “pacientes/famílias difíceis”, apenas por manifestarem seus desejos ao receberem cuidados médicos, particularmente nas instituições hospitalares. É importante que na relação com os profissionais que assistem o paciente seja concedido espaço para que este possa exercer sua autonomia. Possibilitar-lhe esse direito implica estar preparado para ouvir a sua decisão de não realizar determinados tratamentos e intervenções, decisão esta que pode parecer absurda para a equipe profissional, mas que diz respeito a um ser humano que possui uma vivência diferente, tanto de vida como especificamente de sua patologia.²²

A autonomia concretiza-se mediante o consentimento esclarecido (CE), que é formalizado por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Consentimento Informado (TCI), especialmente nas situações de pesquisa, mas não apenas. Situações que envolvem cirurgias, realização de exames de imagem para diagnóstico e procedimentos terapêuticos requerem o devido esclarecimento acerca dos riscos e benefícios envolvidos. Por se tratar de ato médico é preconizado pelo Código de Ética Médica ²⁵ que a obtenção do consentimento do paciente é responsabilidade profissional da categoria, embora outros membros da equipe, como a enfermagem, estejam indiretamente envolvidos no processo.

O consentimento esclarecido é um ato de decisão voluntária, realizado por uma pessoa competente, ou seu representante legal, aceitando ou recusando a proposta de ação que lhe afete ou possa lhe afetar, após o entendimento das informações necessárias. Trata-

se de uma condição necessária na relação *profissional de saúde-paciente*. A utilização da expressão “consentimento esclarecido” tem sido crescente, porém apenas com a finalidade de registrar que o paciente recebeu as informações sobre os procedimentos e as condutas que serão realizadas, com a intenção de gerar uma prova desse processo de informação, como o documento assinado e, ou registro no prontuário.

Embora o processo de obtenção do CE seja uma questão antiga e venha sendo debatida no meio médico desde a promulgação dos primeiros documentos em defesa dos direitos do paciente na década de 1970, o desafio de superar a cultura institucional que negligencia o tema da qualidade das informações permanece presente no cotidiano dos serviços de saúde. Pesquisa recente realizada num centro cirúrgico no Rio Grande do Sul mostrou que dos 374 pacientes investigados acerca do procedimento de obtenção do TCLE pré-cirurgia, 35,3% receberam de profissional não médico (secretária); menos da metade dos pacientes concordam que compreenderam as informações escritas do TCLE (44,7%).²⁶

O consentimento deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando coação ou manipulação. Para Jonsen, Siegler e Winslade²⁷, o consentimento não deve traduzir apenas uma exposição mecânica de fatos ou uma assinatura *proforma* num termo de consentimento, mas estabelecer uma relação entre profissional e paciente que possibilite uma participação ativa deste último no que diz respeito aos seus cuidados e tratamento. Esses autores ainda referem que, com frequência, a dificuldade que muitos profissionais apresentam de saber ouvir o doente e de identificar a mensagem que se esconde por trás das palavras impossibilita uma comunicação eficaz.

Para que exista uma ação autônoma, é necessário que haja liberdade, competência e esclarecimento para decidir, como orientam Muñoz e Fortes²⁴:

Liberdade:

Ter possibilidades de escolha, pois se existe apenas uma alternativa de ação, uma única forma de algo ser realizado, não há exercício da autonomia. A ação autônoma também pressupõe liberdade de ação, ou seja, ser livre de coação, manipulação ou influências que reduzam a liberdade de decisão. Requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas.

Competência:

Ser capaz de entender e avaliar a informação recebida sobre o procedimento que será realizado. A pessoa deve estar esclarecida e não apenas informada. Quando a decisão de um paciente coincide com a do profissional, sua competência não é questionada, mas quando a decisão dele entra em conflito com a do profissional, questiona-se a validade da decisão. O julgamento de competência-incompetência de uma pessoa deve ser dirigido a cada ação específica e não a todas as decisões que a pessoa deva tomar em sua vida. Esse critério é válido, também, para os indivíduos legalmente considerados incompetentes.

Esclarecimento:

Ter as informações necessárias para poder tomar a decisão. Estar ciente de todos os dados a respeito de sua condição de paciente é imprescindível para a tomada de decisão autônoma. Quanto mais completa for a informação, melhor condição o paciente terá para fazer escolhas autônomas. Os informes devem ser detalhados e consonantes com a condição de entendimento da pessoa. O paciente deve receber orientações necessárias e adequadas a respeito do seu tratamento, ser informado acerca da probabilidade de sucesso ou de fracasso, dos benefícios previstos, do grau de invasão dos procedimentos, dos prováveis desconfortos e possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possa ter, ou seja, a pessoa deve ser esclarecida em tudo aquilo que possa fundamentar sua decisão. Deve-se ressaltar que a omissão de informação e o entendimento incorreto podem levar à tomada de decisões inadequadas.

Com frequência, as informações apresentadas são complexas e, por isso, pouco ou nada compreendidas, com reduzido impacto na decisão, levando à percepção de que o CE pode ser considerado de duas formas: apenas como uma formalidade ou como um processo.

Segundo Oguisso e Zoboli²⁸, como uma formalidade, o CE limita-se a atender as exigências legais, enfatizando a provisão de informação completa e acurada para determinadas situações, sem, no entanto, precisar se preocupar com a sua compreensão pelo paciente e sem objetivar a melhoria qualitativa no processo de tomada de decisão. Nessa condição, o paciente apenas diz “sim” ou “não” para a realização do procedimento que lhe é proposto. A decisão é vista como uma atitude isolada das pessoas que a tomam e do processo relacional no qual está envolvida, evidenciando o mero cumprimento de uma tarefa.

Como processo, o consentimento é resultado da participação ativa do paciente na tomada de decisão e faz parte da relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. Dessa forma, o CE traduz um processo contínuo que envolve reciprocidade na troca de informações e respeito real à autonomia das pessoas e não à execução de um ato obrigatório. Portanto, o profissional da saúde deve explicar detalhadamente o que está sendo proposto, em uma linguagem simples, não técnica, que permita que o paciente entenda e tome consciência dos riscos e benefícios. Ato contínuo, deve verificar, após a explicação, qual foi o grau de assimilação, pedindo para que ele repita com suas próprias palavras aquilo que está sendo proposto. É uma forma de avaliar e de permitir a participação ativa do paciente no processo de decisão.

Cabe ressaltar, entretanto, que a autonomia do paciente pode ser afetada por diversas causas: algumas podem ocorrer por situações inerentes a ele, como a dor, fraqueza, fadiga, medo e ansiedade; e outras podem ser geradas por situações externas, como dependências física, econômica e psicológica a outras pessoas, as quais podem funcionar como fatores limitantes. Os profissionais de saúde devem compreender esse estado de vulnerabilidade do paciente e não usar essa condição, mesmo que acredite estar agindo em benefício do usuário.

A ansiedade, o medo de saber, o desinteresse, a dificuldade ou incapacidade de compreensão, ou, ainda, a excessiva confiança nos profissionais de saúde, constituem aspectos que resultam, muitas vezes, em que os pacientes não se importem de não serem informados, ou até mesmo não queiram ser informados, limitando a possibilidade de manifestação de sua autonomia. O paciente deve conhecer o seu direito de ser esclarecido, mas caso não queira, também deve ser respeitado.

Outros obstáculos podem surgir para dificultar a manifestação da autonomia dos usuários dos serviços de saúde, como a relação assimétrica entre o profissional de saúde e o paciente – a assimetria de conhecimento e de poder pode dificultar ou impedir a manifestação da autonomia; a dificuldade de comunicação pelo abismo entre o profissional de saúde, “detentor do conhecimento”, e o paciente, com a utilização de linguagem, postura e estratégias inadequadas; a existência de conflitos de interesses por parte do profissional; condições desfavoráveis do sistema de saúde que geram dificuldade de acesso e falta de opções para o usuário (como o fato de o doente esperar meses para conseguir ser internado); e o não-reconhecimento ou a desvalorização de seus direitos.

Os princípios da beneficência e da não-maleficência são justificados, em determinadas circunstâncias, por preservarem a pessoa de causar um dano a si mesma, e

assim poder ser restaurada a sua autonomia. A predominância ética destes princípios é requerida quando do comportamento não-autônomo das pessoas, por exemplo, em caso de deficiente controle decisório, como nas fases agudas de distúrbios psíquicos, em intoxicações, ou quando há manifestação de incompetência decisória, imaturidade, instabilidade, provas de irracionalidade, ou quando as decisões estão baseadas em errôneas ou falsas informações.²¹

Finalmente, em relação aos direitos de pessoas idosas, Zoboli²⁹ afirma que a idade por si só não pode constituir critério para avaliar a competência para tomada de decisões e limitações de informação para que o idoso possa manifestar seu consentimento livre e esclarecido. Ademais, a limitação de esforços terapêuticos ou diagnósticos, pois seria discriminação excludente por idade (*ageism*)⁸ infringiria princípios éticos, como igualdade e justiça. A discriminação por idade, em maior ou menor grau, é um dos principais problemas éticos na atenção ao idoso, assim como o abuso, os maus tratos, o emprego de tecnologia para diagnóstico e terapia.

Considerações finais

Reafirmamos que os direitos dos pacientes constituem questão fundamental para o pleno exercício da cidadania, portanto, possui um *valor* intrínseco e implica *deveres* por parte de agentes públicos e privados para que seja efetivado tanto nos serviços de saúde quanto nas relações intersubjetivas entre profissional-paciente. A esse respeito, é importante ressaltar que se trata de uma relação entre desiguais, já que não haveria nenhum motivo para um paciente procurar um médico se não acreditasse que existe entre eles uma assimetria em relação ao saber acerca dos adoecimentos e das terapêuticas.

Apesar dessa condição, e é por reconhecer a condição de vulnerabilidade do paciente, que cabe ao médico zelar pela construção de uma relação de confiança. Se as relações médicos-pacientes passam por uma “crise de confiança”, a escuta e a promoção de diálogo respeitoso, nesse contexto, passam a se constituir um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico, para promover o esclarecimento e o compartilhamento das decisões, tendo em vista a adesão terapêutica e a qualificação do cuidado. A palavra *confiança* que está em questão significa ‘fiar’ juntos. Estar com o outro para fiar juntos”. Apostar nesses encontros e diálogos entre diferentes – e múltiplas são as diferenças: entre

⁸ Freitas EEC, Schramm FR. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. *Rev Bioét.* 2013;21(2):318-27.

os profissionais, entre equipes, entre serviços, entre médico, paciente, familiares, cada um com suas singularidades –, significaria valorizar aquilo que aproxima, que une, que conecta ao outro, que resolve problemas, que compartilha responsabilidades e que amplia as possibilidades de criar valores comuns.

A promoção da autonomia do paciente, a participação na tomada de decisão e atitudes solidárias são valores que orientam o respeito aos direitos dos pacientes, resultando em mais qualidade na atenção à saúde e melhores condições de trabalho aos profissionais. Torna-se, portanto, imperativo ético na formação e na prática profissional em medicina a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional em favor do cuidado e da dignidade humana

"GUIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Os direitos do paciente

Abandono

Após iniciado o tratamento o médico não pode abandonar o paciente, a não ser que tenham ocorrido fatos que comprometam a relação médico-paciente e o desempenho profissional e desde que assegurada a continuidade na assistência prestada.

Acompanhante

O paciente tem o direito de ser acompanhado por pessoa por ele indicada, se assim desejar, nas consultas, internações, exames pré-natais e no momento do parto; receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar.

Alta

O médico pode negar-se a conceder alta a paciente sob seus cuidados quando considerar que isso pode acarretar-lhe risco de vida. Se o paciente ou familiares decidirem pela alta sem parecer favorável do médico, devem responsabilizar-se por escrito. Nesse caso, o médico tem o direito de passar o caso para outro profissional indicado ou aceito pelo paciente ou família.

Anestesia

Receber anestesia em todas as situações indicadas. Recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.

Atendimento digno

O paciente tem direito a um atendimento digno, atencioso e respeitoso, sendo identificado e tratado pelo nome ou sobrenome. O paciente não pode ser identificado ou tratado por números, códigos, ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

Autonomia

Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.

Criança

A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

Exames

É vedada a realização de exames compulsórios, sem autorização do paciente, como condição necessária para internação hospitalar, exames pré-admissionais ou periódicos e ainda em estabelecimentos prisionais e de ensino.

Gravação

O paciente tem o direito de gravar a consulta, caso tenha dificuldade em assimilar as informações necessárias para seguir determinado tratamento.

Identificação

Poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a função e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

Informação

O paciente deve receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas propostas e duração prevista do tratamento. No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, deve ser informado sobre a necessidade ou não de anestesia; o tipo de anestesia a ser aplicada; o instrumental a ser utilizado; as partes do corpo afetadas; os efeitos colaterais; os riscos e as consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; os exames e as condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; as alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço onde está sendo realizado o atendimento ou em outros serviços, além do que mais julgar necessário.

Medicação

Ter anotado no prontuário, principalmente se estiver inconsciente durante o atendimento, todas as medicações, com dosagens utilizadas; e registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Morte

O paciente tem o direito de optar pelo local de morte (conforme Lei Estadual válida para os hospitais do Estado de São Paulo).

Pesquisa

Ser prévia e expressamente informado, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, que deve seguir rigorosamente as normas regulamentadoras de experimentos com seres humanos no país e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital ou instituição.

Prontuário

Ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário médico, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão.

Receituário

Receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas ou em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão.

Recusa

O paciente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar quem deve receber a informação em seu lugar.

Respeito

Ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a satisfação de necessidades, a integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos valores éticos e culturais, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal, e a segurança do procedimento; ter um local digno e adequado para o atendimento; receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa.

Sangue

Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Segunda opinião

Direito de procurar uma segunda opinião ou parecer de um outro médico sobre o seu estado de saúde.

Sigilo

Ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública.

Fontes: Lei Estadual (São Paulo) N° 10.241, de 17/03/1999

Pareceres dos Conselhos de Medicina

Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde"

Fonte: Guia da Relação Médico-Paciente. CREMESP. 2001.

https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=4
[Acesso em 31 de julho de 2020].

Referências Bibliográficas:

1. Fundo Monetário Internacional. [Acesso em: 30 jul de 2021]. <https://www.imf.org/external/np/fin/tad/exfin2.aspx?memberKey2099-12-31>
2. IBGE. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018; 151. [Acesso em: 30 jul de 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>
3. Conselho Federal de Medicina. Governo gasta R\$ 3,89 ao dia na saúde de cada brasileiro. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25985:2
4. Instituto de defesa do Consumidor. Planos de Saúde seguem no topo do Ranking do Idec. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: <https://idec.org.br>
5. Castilho EA. Relatório mundial de saúde 2000 - sistemas de saúde: aprimorando a performance. Rev. Assoc. Med. Bras. 2002; 48 (2); 98-9. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
6. Cortina A e Martínez E. Ética, Madrid: Akal; 2005.
7. Braga, IF. Entidades empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz. 2012.
8. Sestelo, JAF. Planos e Seguros de Saúde do Brasil de 2000 a 2015. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
9. Sestelo, JAF; Cardoso, AM; Faleiros, IB; Mattos, LV; Andrietta, LS. Financeirização das políticas sociais e de saúde no Brasil do Século XXI. Economia e Sociedade, 26 (esp.); 2017.
10. Scheffer, M. & Bahia, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. Saúde em Debate. 2013; 37(96): 96-03.
11. Banco Mundial. Brasil: Revisão das despesas públicas. Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/PORTUGUESE-Brazil-Public-pdf>
12. Bauman Z. Ética pós-moderna. Trad. João Rezende Costa. 2. ed. São Paulo: Paulus; 2003.
13. Agamben G. Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I. São Paulo: UFMG; 2010.
14. Lasch C. A cultura do narcisismo. Rio de Janeiro: Imago; 1983.
15. Debors G. A sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto; 1997.
16. Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora; 2009.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientações para Prática em Serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. Ciência e Saúde Coletiva. 2017; 22(9): 3013-22.
19. Aguiar JM, d'Oliveira AFL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013; 29 (11): 2287-96.
20. Nations MK., Gomes AMA. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(9): 2103-12.
21. Fortes PAC. Ética e Saúde. São Paulo, Ed. Pedagógica Universitária, 1998.

22. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo, Loyola; 2002.
23. Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. O mundo da saúde. 2002; 26(1):65-70.
24. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In Costa SIF, Garrafa V, Oselka G (orgs.). Iniciação à bioética. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 1998.
25. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília, 2018.
26. Melendo MP, Viegas K, Souza EN, Caregnato RCA. Termo de consentimento informado: entendimento do paciente cirúrgico. Acta Paul. Enferm. 2016; 29(3): 291-7.
27. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética clínica. 4.ed. Lisboa: McGraw Hill; 1999.
28. Oguisso T, Zoboli ELP (orgs.) Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. 2 ed. Barueri, SP: Manole; 2018.
29. Bioética: dilemas e diálogos. (Coord). Pereira Filho, A, Marques Filho, J. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: 2018. [Acesso em: 28 de julho de 2020]. Disponível em:
<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes.pdf>