



Natammy Luana de Aguiar
Bonissoni

Universidade do Vale do Itajaí-
UNIVALI. Itajaí, Santa Catarina. Brasil
natammyb@univali.br
<https://orcid.org/0000-0002-4125-941X>

Pedro Henrique Piazza Noldin
Universidade do Vale do Itajaí-
UNIVALI. Itajaí, Santa Catarina. Brasil
pedro_hpn@edu.univali.br
<https://orcid.org/0000-0002-0086-0014>

O grande conflito: a mudança de paradigma na moderna relação jurídica médico-paciente

The great conflict: the paradigm change in the modern doctor-patient legal relationship

Resumo: Durante um longo período da história da medicina a interação ética ideal entre médico e paciente se baseava em garantir ao primeiro total autonomia sobre os tratamentos ministrados, sem levar em conta, no entanto, a percepção do próprio paciente sobre as decisões e comandos que recaíam sobre o seu corpo, sua saúde e vida. Essa interação ética, qualificada por muitos como paternalista, não é mais uma realidade, frente à perceptível mudança de paradigma na relação médico-paciente vivenciada nos últimos anos. Neste sentido, o presente artigo tem por objetivo analisar o panorama geral do desenvolvimento histórico da ética médica e sua situação no Brasil para, ao final, verificar a mudança de paradigma corrente na relação médico-paciente. Justificada em razão dos inúmeros conflitos médicos existentes na esfera administrativa e judicial, a breve pesquisa busca atender a anseios que atingem tanto a parte médica quanto o mundo do Direito. Ao final, se verifica que mudanças ocorreram durante a anamnese e terapêutica, contribuindo para que a decisão unilateral se transformasse em compartilhada; e, a seu modo, a relação médico-paciente, até então autoritária e paternalista, tornou-se em contratualista.

Palavras-chave: Autonomia. Ética médica. Justiça. Relação médico-paciente.

Abstract: Over a long period of medical history, the ideal ethical interaction between the physician and the patient was based on guaranteeing the first full autonomy over the given treatment, however, without taking into account the patient's own perception of the decisions that fell upon his body, health and life. This ethical interaction, described by many as paternalistic, is no longer a reality, given the noticeable paradigm shift in the doctor-patient relationship experienced in recent years. In this sense, the present article aims to analyze the general panorama of the historical development of medical ethics and its action situation in Brazil to, in the end, verify the current paradigm change in the doctor-patient relationship. Justified by the numerous medical conflicts in the legal sphere, the brief research seeks to meet the concerns that affect both the medical and the legal world. In the end, it will be verified that changes that occurred, for example, during anamnesis and in therapy, contributed for that the unilateral decision became shared; and the doctor-patient relationship, until then authoritarian and paternalistic, became a contractualist.

Keywords: Autonomy. Medical ethics. Justice. Doctor-patient relationship.

Introdução

A atividade médica é tão antiga quanto a dor, e seu humanismo tão velho quanto a piedade humana, tendo sempre perseguido sua finalidade precípua, através da investigação das mais diversas entidades nosológicas e do estabelecimento de condutas, no sentido de manter ou restituir a saúde dos indivíduos (França, 2019).

Desde os primórdios, os médicos sempre buscaram o bem do doente, isso é, aquilo que, do ponto de vista da Medicina, considera-se benéfico. Apesar de no Egito Antigo ter ocorrido cirurgias complexas, foi na Grécia que a Medicina se desenvolveu e onde surgiram as primeiras técnicas na arte de identificar os sintomas das doenças.

Durante muito tempo, a autonomia do médico - e sua preeminência - foi considerada a relação ética ideal, a despeito de negar ao paciente sua capacidade de decisão como pessoa adulta e capaz (Facchini Neto, 2018). Preponderava o dogma da não participação volitiva do doente na tomada de decisão sobre a intervenção do médico em seu corpo, sem margem, portanto, para a tomada de decisão conjunta.

Porém, com a evolução da relação médico-paciente e da ética médica, o cenário passou a incorporar a percepção do doente na relação médico-paciente e esta passou a ser desejável, necessária e indispensável.

Neste sentido, o presente artigo tem por finalidade verificar a mudança de paradigma existente na relação médico-paciente, justificada pelo surpreendente aumento no número de demandas administrativas e judiciais envolvendo a responsabilidade civil do médico e que ratifica a importância de aprofundar o entendimento acerca do assunto.

Para alcançar tal objetivo, o presente artigo é dividido em três partes. Inicialmente, são apontadas breves considerações sobre a evolução histórica da relação jurídica médico-paciente, partindo dos primórdios do período clássico da Grécia Antiga até o Código de Ética Médica vigente no Brasil. Em seguida, a partir do compartilhamento da legislação infraconstitucional que rege tal relação em território nacional, o artigo parte para o seu escopo final: a mudança de paradigma na relação jurídica médico-paciente. Quanto à metodologia, foi utilizada a base lógica indutiva, por meio da pesquisa bibliográfica.

A evolução histórica da relação jurídica médico-paciente

A relação jurídica médico-paciente guarda estreita relação com a evolução da ética médica, fundamentada em valores culturais e fortemente influenciada pelo pensamento religioso (Monte, 2009).

Ao analisar a origem histórica da Medicina ocidental, Nascimento Júnior e Guimarães (2003, p. 102) registram que:

[...] a medicina ocidental era uma ciência essencialmente humanística, cujas raízes se assentavam no solo da filosofia, da natureza, e o seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como um ser dotado de corpo e espírito. Nesse sentido, para os médicos dessa época, as doenças não eram consideradas isoladamente como um problema especial, mas sim como uma consequência da interação entre o homem, vítima da enfermidade, e da natureza que o rodeava, as leis universais que o regiam e sua qualidade individual. [...], na época, o médico deveria ser mais do que um grande pesquisador ou estudioso, necessitava ser fundamentalmente um humanista, um homem sábio que na elaboração do seu diagnóstico levava em consideração não somente dados biológicos, mas também dados ambientais, socioculturais, familiares, psicológicos e até mesmo espirituais, uma vez que para a civilização daquele momento os deuses eram sujeitos ativos na história e na vida das pessoas.

A referida história, que em muito coincide com a evolução da ética médica no ocidente, pode ser dividida em quatro grandes fases: religiosidade, tempo dos filósofos, era monástica e predomínio laico (Monte, 2009).

O período de religiosidade se firmou nos povos pré-históricos e entre aqueles que viveram nos primeiros séculos da antiguidade, época em que a prática da Medicina e a religião estavam tão entrelaçadas que os valores religiosos tinham predominância sobre os valores morais propriamente médicos, tanto é que a prática médica era, na maioria das vezes, conduzida por sacerdotes (Monte, 2009).

Nesta época, a ética e religião não só andavam juntas, mas eram igualmente dependentes do caráter e da vontade de Deus (Flemming, 2017). Já no Antigo Testamento, fazia-se menção a uma denominada “ética cristã”, não consistindo apenas no código escrito, mas na relação pessoal entre homem e Deus e homem e homem (Flemming, 2017). Fleming (2017, p. 28-29), levando em consideração os registros do Novo Testamento, lembrou que:

O ministério da cura de Jesus baseava-se na convicção de que o Pai celestial o havia capacitado para curar a alma e o corpo. Os registros do Evangelho o retratam como o médico onipotente com poder para curar todas as enfermidades espirituais, físicas e mesmo mentais do homem. Seu poder de cura e seu poder salvador eram o mesmo. Não se pode separar o Jesus Salvador do Jesus curador.

Em seguida, no tempo dos filósofos, os gregos parecem ter sido o primeiro povo a tratar as questões éticas de forma a não estar fundamentalmente enraizada no pensamento religioso, considerando-as tema filosófico (Monte, 2009, p. 409).

No século V a.C. surge o juramento hipocrático, tido como o mais antigo código de ética médica conhecido. Desenvolvido por Hipócrates, médico grego considerado por muitos o “pai da Medicina”, “o juramento é uma das preciosas heranças hipocráticas definidoras do padrão humanístico a ser seguido” (Angotti Neto, 2016, p. 27) e sua causa essencial “é a orientação ética ampla na forma de compromisso voluntário quanto à atitude e valores do médico na prática da arte médica” (Angotti Neto, 2016, p. 44).

Foram estas disposições que fundamentaram o modelo do médico hipocrático, isto é, um médico que dispunha de dois alicerces básicos para o exercício da Medicina: o exame clínico e, em especial, a relação médico-paciente. Ou seja, postulados que “colocavam o médico muito mais perto da cortesia e da caridade que de um profissional que enfrenta no seu dia a dia uma avalanche medonha de situações muito complexas e desafiadoras” (de França, 2019, p. 34).

Consciente do caráter social da Medicina, Platão via os aspectos éticos inerentes à profissão, que transmitiu em trechos de “A República”, como (Monte, 2009):

[...]. — Ora, nenhum médico, na medida em que é médico, procura ou prescreve o que é vantajoso ao médico, mas sim ao doente? Pois concordamos que médico, no sentido rigoroso, é o que governa os corpos, e não o que faz dinheiro com eles. Ou não concordamos?

— Concordamos. [...] (Platão, 2007, p. 29).

Aristóteles, em “A Política”, compartimentalizou a Medicina em duas categorias distintas, a saber: a prática da Medicina (arte) e a teoria da Medicina (ciência) (Flemming, p. 44).

Quase um século depois, iniciou-se a era monástica. Mais especificamente na Espanha, ocupada pelos visigodos, obedecia-se às leis dos germanos e seus costumes,

inclusive as que regulavam o comportamento dos médicos com os pacientes sob o aspecto do sexo (Monte, 2009).

No século VI, no reino da Itália dos ostrogodos, chegaram até os dias atuais os registros de Cassiodoro, cuja preocupação maior dirigia-se para os aspectos mais formais da conduta dos médicos, representadas por regras de etiqueta (Monte, 2009).

Mas foi entre os séculos VIII ao X que a medicina monástica predominou no Norte da Europa, refletindo a ideologia de Hipócrates. Iniciada no século X, a Escola Médica de Salerno invoca a ajuda de Deus e repete as advertências de Hipócrates contra a imoralidade, porém, preocupando-se fundamentalmente com o lado materialista da prática médica, de modo que a inteligência profissional obscurece tanto o idealismo hipocrático quanto os valores cristãos (Monte, 2009).

Foi a partir do século XV que surgiu uma ideia mais precisa de deontologia (direitos e deveres) médica, a qual, embora orientada no sentido coletivo e social, ainda se vinculava à sua fonte hipocrática (França, 2019). O que se associa ao início da fase do predomínio laico, refletida na obra *Utopia*, de Thomas Morus (1478-1535), que é o primeiro sinal de ruptura entre a teologia e a ética: “uma parábola destinada a mostrar que o conhecimento e a prática da moralidade podem ser possíveis sem a revelação cristã” (Monte, 2009).

Em 1520, o Royal College of Physician, de Londres, estabeleceu uma constituição médica que previa penalidades para os que a violassem. Neste particular, Thomas Hobbes (1588-1679) influenciou drasticamente o campo da ética através da sua visão naturalista do mundo, ao considerar que os conceitos de bem e de mal variavam de acordo com o temperamento, os costumes e as doutrinas, e “apesar de afirmar que as leis da natureza seriam imutáveis e eternas, propiciou a perspectiva da possibilidade da evolução da ética com as mudanças sociais” (Monte, 2009).

Immanuel Kant e Thomas Percival também foram os responsáveis por influenciar quase dois séculos de construção da ética médica, que, ao adentrar na contemporaneidade, encontrou em Jeremy Bentham e John Stuart Mill, em razão da ascensão do utilitarismo, a filosofia que influenciaria as discussões sobre transplante de órgãos e pesquisas clínicas em doentes realizadas nos anos subsequentes (Monte, 2009).

Porém, foi a partir da segunda metade do século XIX, que importantes descobertas causaram uma verdadeira revolução na prática médica no Brasil e em diversos países.

Novos conhecimentos nos campos da patologia, das análises laboratoriais e de medicamentos mais eficazes possibilitaram à ciência médica um controle maior das doenças e uma maior probabilidade de cura. Outros avanços aconteceram em diversas áreas e esse progresso, associado ao crescente desenvolvimento tecnológico, acarretou mudanças no modo de atuação dos médicos e na sua formação acadêmica (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

Em consequência, a conquista de espaço levou a medicina a ser vista como uma ciência exata e biológica, perdendo pouco a pouco o seu caráter humanístico. O médico que até então dispunha tão-somente da sua proximidade com o seu paciente, aliado a seu exame físico para conduzir o diagnóstico e a terapêutica correta, passou a se valer de uma série de recursos tecnológicos e condutas (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

Com isso, a necessidade antes primordial de desenvolver uma estreita relação com o paciente para tecer um diagnóstico correto e uma terapêutica adequada foi sendo substituída pela solicitação e execução de exames mais acurados e utilização de medicamentos mais eficazes (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

Estava então criado o conceito de médico cientificista, como sendo aquele profissional que não mais utilizava os princípios hipocráticos para a condução do caso, mas sim baseava-se apenas nas evidências clínicas e tecnológicas que propiciassem um fechamento do diagnóstico mais exato (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

No Brasil, sobre a adoção de um código de ética, foi somente em 1867 que o país se valeu do Código de Ética da Associação Médica Americana (Monte, 2009). Em 1929, surge o Código de Moral Médica e, em 1931 e em 1945 foram aprovadas versões do Código de Deontologia Médica, sendo o de 1945 revogado pela Lei 3.268/57, que determinou a edição do Código de Ética da Associação Médica Brasileira, substituído pelo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, em 1964 (Monte, 2009).

Nos anos 70, já por meio da influência dos preceitos elementares da corrente Bioética denominada de Principlista, a ética médica tradicional passa a ser influenciada pela chamada teoria de princípios, “onde se preconizava a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a equidade, sempre se baseando no raciocínio de que, se um ato tem consequência boa e está ajustado a uma regra, ele é por consequência um ato eticamente recomendável” (França, 2019, p. 36).

Assim, de 1970 a 1980, houve uma grande modificação no sentido de entender a

ética do médico dentro do conjunto das necessidades da profissão e das exigências contemporâneas (de França, 2019).

Nos anos 80, percebeu-se que a relação médico-paciente-sociedade deveria se fazer através de princípios, e onde cada caso deveria ser tratado de forma própria. Nesta época, o discurso médico tradicional sofreu uma mudança bem significativa, transformando-se, pouco a pouco, premido pelas exigências do conjunto da sociedade, com viés econômico e social (de França, 2019).

Surgiu então a figura do médico cientificista, supervalorizando a parte científico-tecnológica no diagnóstico, em detrimento de todos os valores humanísticos antes tão relevantes, o que comprometeu a relação jurídica médico-paciente. Tal comprometimento também foi influenciado pelo interesse materialista dos médicos e pelas pressões exercidas pelos sistemas públicos de saúde e pelos planos de saúde privados, estes na busca pela maximização dos lucros (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

Em verdade, toda essa exatidão levou à perda do caráter humanístico, conforme discorreu Grisard (2016, p. 17):

A crise por que passa a prática diuturna da medicina tem suas variáveis e é reflexo dos conturbados momentos em que vivemos na sociedade como um todo. Esta mesma crise tem um componente econômico, um componente de credibilidade e também de desempenho, que afetam o exercício ético da medicina. [...] o afastamento dos médicos dos propósitos humanitários de medicina, permitindo que a tecnologia interfira no relacionamento médico-paciente, tornando-o cada vez mais despersonalizado, constituem deméritos para os médicos. Os ganhos em tecnologia contabilizam perdas em contato humano! Ao afastar-se da arte de ouvir e examinar os pacientes deixou o médico de ser médico, transformando-se em técnico em medicina [...].

Neste particular de descrédito, iniciou-se nos últimos anos um processo de reumanização da Medicina, postulando-se que os dois modelos de médicos (cientificista e hipocrático) estavam fadados ao insucesso e não eram suficientes por si só, mas sim complementares (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

O médico tecnológico deveria complementar os dados fornecidos pela anamnese e pelo exame físico do paciente. Concordante a toda essa realidade, características do médico hipocrático deveriam passar a ser consideradas como sendo princípios

fundamentais e peculiares à prática médica (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

Desta feita, é diante dessa realidade de complementariedade que a Medicina atual tenta avançar na satisfação tanto do paciente como dos profissionais da área da saúde, máxime pela recente mudança de paradigma na relação médico-paciente (Nascimento Júnior, Guimarães, 2003).

Neste panorama, o novo Código de Ética Médica (Brasil. Conselho Federal de Medicina, 2018), aprovado em 27 de setembro de 2018 pelo Conselho Federal de Medicina, busca, em grande parte, atender estes objetivos contemporâneos que se fazem presentes.

A relação jurídica médico-paciente no Brasil

Médico e paciente obrigam-se, bilateralmente, a deveres recíprocos, sendo que entre ambos existe uma relação jurídica propriamente dita, de cunho contratual (ex contractu) (Kfoury Neto, 2019). O médico, na qualidade de sujeito ativo, é o detentor dos conhecimentos científicos e de habilidades técnicas; enquanto que o paciente, na qualidade de sujeito passivo, é o detentor das informações a serem repassadas e do direito ao seu sigilo.

Grisard (2016), no mesmo sentido, considera que as relações do médico com o paciente são de cunho contratual, visto que se estabelece entre ambos um pacto de obrigações recíprocas que culminam na efetiva prestação do serviço médico.

No campo do direito privado, com foco na saúde suplementar, médico e paciente, ao contratarem entre si, travam uma verdadeira relação jurídica de consumo, que é analisada sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), enquanto lei especial, e também sob o ponto de vista do Código Civil (Lei nº 10.406/2002), enquanto instrumento fixador de normas gerais para regulamentar a ordem jurídica privada no âmbito infraconstitucional.

É oportuno registrar que o Código de Defesa do Consumidor é uma lei principiológica, estruturada em princípios e cláusulas gerais do Direito Civil, que estabelece uma estrutura jurídica ou um minissistema a ser aplicado em todas as relações de consumo. Já o Código Civil, é uma norma de disciplina social, com regras tipificadoras de condutas e regulamentadoras de várias espécies de contratos.

O médico, então, na qualidade de fornecedor, desenvolve a atividade de prestação

de serviços de saúde, e o paciente, na qualidade de consumidor, utiliza esses serviços prestados enquanto destinatário final, conforme disciplinam os arts. 2º e 3º, ambos do Código Consumerista (Brasil, 1990).

O objeto contratado vem a ser o serviço de saúde; até porque, o que leva o paciente a procurar a figura do médico e seus serviços é a própria dúvida da doença (Grisard, Ramos Filho, 2006). E o serviço de saúde nada mais é do que um ato realizado pelo médico em favor do paciente, mediante remuneração, podendo consistir em uma avaliação física, uma análise clínica, um procedimento clínico ou cirúrgico, etc.

De acordo com o art. 2º da Lei nº 12.842/2013, também conhecida como Lei do Ato Médico, “o objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza”.

A saúde do ser humano e das coletividades humanas é justamente o elemento teleológico existente na relação jurídica médico-paciente, donde Angotti Neto (2016, p. 20) pontua sobre sua essencialidade e imutabilidade:

A medicina não é uma página em branco na qual a sociedade escreve o que quiser. É uma realidade derivada de condições existenciais objetivas e concretas. Alguém, acometido por uma doença ou um tormento de qualquer espécie, busca auxílio; alguém se presta a auxiliar o próximo em condição de fragilidade. A relação entre os dois é a tradicionalíssima relação médico-paciente, e esse elemento teleológico é essencial e imutável.

Por sua vez, o objeto da relação médico-paciente, vem devidamente fixado em um contrato prévio de prestação de serviço, tácito ou expresso, nos termos das disposições do Capítulo VII (Da Prestação de Serviço) do Código Civil, com especial atenção aos seus arts. 593 e 594:

Art. 593. A prestação de serviço, que não estiver sujeita às leis trabalhistas ou a lei especial, reger-se-á pelas disposições deste Capítulo.

Art. 594. Toda a espécie de serviço ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratada mediante retribuição.

Sendo assim, na linguagem do Código Civil e do Consumidor, “o paciente é o consumidor para quem se presta um serviço; o médico, o fornecedor que desenvolve

atividades de prestações de serviços; e o ato médico, uma atividade mediante remuneração a pessoas físicas ou jurídicas sem vínculo empregatício” (de França, 2019, p. 97).

E não se pode perder de vista, como mais adiante se verá, que essa relação jurídica é, em verdade, uma relação de confiança, acreditada na disposição alheia em contar a verdade e cumprir promessas (Angotti Neto, 2016).

O que quer dizer que nem mesmo nas situações mais comuns do cotidiano médico se pode abrir mão da confiabilidade, pois o paciente precisa acreditar que esse mesmo médico é confiável e benevolente, ou jamais confiará no plano terapêutico prescrito; interesses secundários, discretos ou ocultos não cabem em uma relação médico-paciente saudável, pois sem confiabilidade, a Medicina gerará apenas desconfiança e hostilidade (Grisard, Ramos Filho, 2006).

A materialização da relação jurídica médico-paciente

A relação jurídica médico-paciente, como visto, materializa-se pela realização do ato médico, o que se dá através de atividades privativas do profissional, assim previstas nos arts. 4º e 5º, ambos da Lei nº 12.842/2013:

Art. 4º São atividades privativas do médico:

I - (VETADO);

II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;

III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

IV - intubação traqueal;

V - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VII - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

VIII - (VETADO);

IX - (VETADO);

- X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
- XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
- XII - realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
- XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
- XIV - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

[...].

Art. 5º São privativos de médico:

I - (VETADO);

II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

III - ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

[...].

Em resumo, o ato médico é o ato profissional realizado por quem está habilitado a exercer a Medicina e o ponto central de interação da relação médico-paciente é justamente a união da anamnese, exame físico e a vontade do paciente, bem como o conhecimento ético de diceologia e deontologia (Grisard, Ramos Filho, 2006).

Sem os três pilares da atenção médica – ato médico, relacionamento médico-paciente e sigilo profissional – torna-se impossível o correto exercício da Medicina (Grisard, Ramos Filho, 2006).

No ato médico se inclui o encontro entre o médico e o paciente, sendo pautado na capacidade de diálogo de ambos, para se concretizar uma atitude benéfica para o paciente (Angotti Neto, 2016).

Ocorre que, apesar da evolução da Medicina e do Direito enquanto ciências inter-relacionadas, certo é que essa conexão ainda, e apesar dos esforços, não conseguiu eliminar as hipóteses de mau relacionamento entre médico-paciente, constituindo-se em um dos pontos fracos da prática profissional médica.

Grisard e Ramos Filho (2006, p. 68-69) explicam que para o bom relacionamento, impõe-se compromissos de parte a parte, e que o mau relacionamento é um mal, não somente para os médicos, mas também para os seus pacientes:

O médico se propõe a fazer o melhor pelo paciente e este se compromete informar corretamente seu médico sobre seus problemas e a seguir as prescrições e recomendações profissionais que lhe forem feitas. Este compromisso solene, pois baseado na confiança mútua, caracteriza um contrato implícito entre médico e paciente, de alto sentido moral e do seu cumprimento resultará o bom ou mau relacionamento médico-paciente. [...]. No relacionamento médico-paciente os caminhos do direito e do dever se aplicam a médico e paciente. A diceologia e a deontologia pregam os direitos e os deveres do médico para com os pacientes que, em última análise, são também os direitos destes; do mesmo modo, os pacientes têm deveres para com seu médico que também correspondem aos direitos do médico na tarefa de bem assistir.

Esses episódios de mau relacionamento ocorrem por diversos fatores que levam os médicos a desagradar social e afetivamente seus pacientes e familiares: “eles oscilam entre a falta de boa formação social, a insuficiente formação ética e condições de trabalho adversas com reflexos sobre a vida socioeconômica do profissional” (Grisard, Ramos Filho, 2006, p. 67).

Médicos e pacientes então se reservam direitos e detêm camadas de deveres entre si, sendo o bom relacionamento uma questão de respeito aos preceitos éticos da profissão e o mau, uma questão de desvirtuamento destes mesmos preceitos.

Razão pela qual, na realização de um ato profissional com tantas vertentes, além da formação técnica, o médico precisa ter conhecimentos éticos de diceologia (direitos) e deontologia (deveres) para a perfeita prática de atos médicos legítimos, de tal forma que o seu comportamento ético e o seu modo de ser e agir no exercício da profissão, não o faça desaguar numa lide judicial ou em um processo ético-disciplinar (Grisard, Ramos Filho, 2006).

Todavia, como destacado no capítulo anterior, essa interação entre o profissional e o enfermo desenvolveu-se ao longo da história até se tornar como hoje é conhecida. E, conforme será apreciado adiante, tal relação tem vivenciado, nos últimos anos, uma verdadeira mudança de paradigma, que se fez sentir não apenas em território brasileiro, mas nos mais diversos países.

O grande conflito: a mudança de paradigma na relação jurídica médico-paciente

É visível: a Medicina vem enfrentando situações novas que as fórmulas tradicionais nem sempre lhe proporcionam a segurança de uma tomada de posição correta e legal. No cotidiano, os aspectos da moral médica e a responsabilidade do profissional ante o indivíduo e a sociedade se estruturam de acordo com uma necessidade que está em constante evolução (de França, 2013).

De um lado, o Direito passou a ter papel mais ativo sobre a atividade médica, a rigor pelo status de garantia constitucional atribuído à saúde, enquanto Direito de todos e dever do Estado. De outro, o perfil do paciente se modificou, passando a ter um papel mais ativo na relação com o médico.

Em um cenário onde há no Código de Ética Médica mais vedações ao médico do que direitos, algumas perguntas se fazem presentes acerca do cenário que culminou nas vedações e perda de direito dos médicos. Por que isso ocorreu? Por que chegou a tal ponto? Foi necessária tamanha austeridade?

Grisard, conferindo resposta a esses questionamentos, procura demonstrar as razões que culminaram na situação atual. Explica que perderam os governos, legisladores, educadores e médicos o controle da quantidade e da qualidade do “produto final” médico. Igualmente, discorre que exageraram os maus médicos das prerrogativas que a colação de grau lhes outorgou e usando mal seus direitos, forçaram o surgimento de verdadeiro controle interno (pelos próprios profissionais) e externo (pela sociedade em geral) das condutas que permaneceram (Grisard, Ramos Filho, 2006).

E prossegue, ao argumento de que se somaram a esses acontecimentos o aviltamento dos valores pecuniários com que o sistema único e os planos de saúde retribuem o trabalho médico, o que culminou na busca de caminhos alternativos, e nem sempre lícitos, para obtê-los em patamares mais elevados (Grisard, Ramos Filho, 2006).

Aliado a isso, surgiu a exploração de médico por médico e/ou por clínicas, conflitos entre o que o sistema único diz que paga pelos serviços médicos e o que realmente o médico recebe, denúncias, sindicâncias, processos ético-disciplinares, penalizações, etc. (Grisard, Ramos Filho, 2006).

Enfim, surgiu a insatisfação, o inconformismo e o descrédito, ao passo que a sociedade viu ruir um dos pilares da sua segurança - a assistência médica, ou seja, as condições de trabalho e de saúde pública para o exercício da sua

profissão, e a Medicina (Grisard, Ramos Filho, 2006).

No que concerne à mudança do perfil do paciente, parte-se do pressuposto de que o enfermo, até pouco tempo, pouco conhecimento tinha sobre seus direitos enquanto consumidor dos serviços médicos, e ainda menos conhecimento possuía sobre as implicações decorrentes do não cumprimento desses direitos por parte dos profissionais da área.

No Brasil, com a universalização do sistema de saúde, o aprimoramento das especializações, a facilitação do acesso aos convênios, seguros e planos de saúde privados e coletivos, o cenário mudou e se despertou no enfermo o interesse de conhecer seus direitos, benefícios e, acima de tudo, informar-se.

Neste contexto, Bergstein (2013) explica que a própria denominação dos sujeitos da relação médico-paciente também mudou, passando-se para a nomenclatura “prestador” e “usuário” de serviços, tudo visto sob a ótica de uma sociedade de consumo cada vez mais consciente de seus direitos, e cada vez mais exigente quanto aos resultados.

Aliado a isso, o modelo tradicional paternalista da relação médico-paciente também se transformou. Modelo este que conferia ao médico autonomia frente ao paciente; autonomia quanto às escolhas, técnicas e aos rumos do tratamento adotado. O profissional, até então, era o detentor de todas as informações e o enfermo, objeto da sua ação.

Esse foi o que predominou desde as origens da Medicina até os dias atuais, com base em três crenças: uma certa obrigação de reverência, a fé e a obediência aos médicos, pautadas na ideia de que, quem sabe mais, pode mais (Facchini Neto, 2018). Ocorre que, esse tipo de relação e essa carga de autonomia na pessoa do médico, não são mais uma realidade.

Tem-se hoje um paciente mais autônomo e livre, pois tem acesso a muita informação, de modo que não se submete mais de forma passiva às decisões tomadas pelo médico, mas exige informações compartilhadas para a boa preservação da sua autonomia (Bergstein, 2013). Atualmente, parte-se da ideia assente e inabalável de que o paciente é sujeito de direito e não apenas objeto de cuidado (Facchini Neto, 2018).

Nessa toada, a relação jurídica médico-paciente não se esgota em si mesma, mas transcende para a dimensão social, pelo que precisa ser reavaliada à medida que a própria sociedade se renova, para que a era dourada da Medicina – constituída

sobre o fundamento da ética judaico-cristã e tradição hipocrática – jamais se esvazie (Flemming, 2017).

Cada vez mais se faz necessário enxergar o ser humano de maneira integrada e considerar o paciente em seu papel de indivíduo na sociedade, considerando suas dificuldades, crenças, medos e fraquezas, tão fundamentais para a compreensão do processo do adoecimento. Aos poucos, parece que os profissionais de Medicina e pacientes estão repensando esses conceitos, e têm constatado que nada substituiu o tratamento humanizado. Ou seja, nada é mais importante que o médico que tem nome e rosto e que conhece o nome e o rosto do paciente (Angotti Neto, 2016).

Hoje, com maior rigor que outrora, a conduta médica e o seu comportamento na relação para com o paciente estão sendo analisados sob o ponto de vista normatizado e do olhar mais humano, bem como fiscalizados e limitados por leis, normas técnicas, códigos de conduta, códigos de ética médica, etc. (Monte, 2009).

Em resumo, a Medicina está vinculada ao ordenamento jurídico vigente, de modo que entender os deveres de conduta dos profissionais da área e a natureza da responsabilidade médica em um contexto de interação com a sociedade e com o enfermo, ajuda em muito na proteção legal do médico para o coerente e saudável exercício da profissão.

No exercício de uma atividade profissional com tantas vertentes, como é o caso da Medicina, além da formação técnica, o médico precisa ter conhecimentos éticos, não somente de diceologia (direitos), mas principalmente de deontologia (deveres), para a perfeita prática de atos médicos legítimos, de tal forma que o seu comportamento ético e o seu modo de ser e agir no exercício da profissão, não o faça desaguar numa lide judicial ou em um processo ético-disciplinar (Grisard, Ramos Filho, 2006).

A própria ideia do bom e do mau relacionamento na relação médico-paciente decorre das hipóteses de respeito aos preceitos éticos da profissão ou do desvirtuamento destes mesmos preceitos, respectivamente.

França (2019, p. 267) analisa que a mudança de paradigma da relação também contribuiu para a propagação dos deveres de conduta do médico, pois até então prevalecia a ideia de ampla liberdade de agir ao profissional:

Chegava-se ao exagero de considerar a medicina como um “mandato ilimitado junto à cabeceira do doente, o qual só pode aproveitar essa condição”. Exagerava-se ainda quando se dizia ser o diploma do médico uma prova incontestada de

competência e idoneidade, e que a medicina não era uma ciência com a exatidão da matemática, variando em seus métodos e circunstâncias. É claro que, com o passar dos anos, os imperativos de ordem pública foram se impondo pouco a pouco, até que surgiram as normas disciplinadoras do exercício profissional, como conquista da organização da sociedade. Foi-se vendo que a simples razão de o médico ter um diploma não o exime de seu estado de falibilidade. Por outro lado, o fato de considerar o médico, algumas vezes, como infrator diante de um erro de conduta na profissão, não quer dizer que sua reputação está sem garantia. Somente que seus atos podem e devem ser submetidos a uma equânime apreciação, como o são as ações de todos os outros cidadãos, qualquer que seja seu estado ou sua condição.

Aliado a isso, o dever informacional do médico ganha maior relevo na modernidade em face da substituição de paradigmas na relação médico-paciente, onde o modelo vigente até poucas décadas era o paternalista, em que o médico era considerado “o dono da verdade”.

Este padrão evoluiu para uma relação de mais presença do paciente, que questiona a atuação do profissional, que exige explicações e esclarecimentos, que busca, acima de tudo, se informar e ser informado (Bergstein, 2013); relação está, inclusive, culminou no forte crescimento no estudo e prática da medicina defensiva por parte dos profissionais médicos, como forma de melhor se resguardarem jurídica e eticamente no exercício diário da profissão.

Considerações Finais

Pautou-se, por meio da breve pesquisa, analisar a relação existente entre o médico e o paciente, a partir da sua materialização por meio do ato médico, com a finalidade de verificar a mudança de paradigma existente entre a relação médico-paciente.

Para alcançar tal escopo, portanto, apresentou-se o desenvolvimento histórico da relação médico-paciente, em especial pelas características contemporâneas que atingiu; bem como as especificidades brasileiras das normativas legais concernentes a tal relação.

Verificou-se que o desenvolvimento histórico coincidiu muito com a evolução da ética médica no Ocidente, que pode ser dividida em quatro grandes fases: religiosidade, tempo dos filósofos, era monástica e predomínio laico.

E, à vista da evolução da relação médico-paciente, constatou-se que esta evolução trouxe consigo uma evidente mudança de paradigma no exercício da medicina, em es-

pecial o cuidado informacional por parte do médico, a atenção a correta compreensão por parte do paciente, a observância ao exercício mais humanizado da medicina, entre outros.

No campo da anamnese, o relato entre médico e paciente cedeu espaço para o diálogo; no da terapêutica, a decisão unilateral se transformou em decisão compartilhada; a seu modo, a própria relação médico-paciente, até então autoritária e paternalista, converteu-se mais para o olhar contratual e de consumo.

Envolve uma comunicação adequada e inteligível, além das informações serem suficientes para o paciente fazer parte da tomada de decisões referentes, sobretudo aos seus tratamentos.

Hoje, mais do que nunca, o profissional médico deve reconhecer e se adaptar a estas mudanças no exercício diário da medicina, incorporando procedimentos – tais como informacionais, de obtenção de consentimento do paciente, assinatura de termos específicos e escritos – para assegurar os direitos do paciente.

Em não o fazendo, portanto, o médico corre o risco de desrespeitar o direito à autodeterminação e liberdade do seu paciente, dando margem à alegação de má prática médica.

Referências

1. Angotti Neto H. A tradição da medicina. Brasília: Academia Monergista, 2016.
2. Angotti Neto H. Arte médica: de Hipócrates a Cristo. Brasília: Academia Monergista, 2018.
3. Bergstein, G. A informação na relação médico-paciente. São Paulo: Saraiva, 2013.
4. Brasil. Lei nº 8.078, de 11/09/1990. Acessível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm.
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217 de 27/09/2018. Acessível em em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.
6. França GV. Direito médico. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2013.
7. França GV. Direito Médico. 15ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2019.
8. Nascimento Júnior PG; Guimarães, TMM. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos - Revista Eletrônica de Bioética de Brasília 2003, 2(1). Acessível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/152.
9. Facchini Neto E; Gemelli Eick, L. Responsabilidade civil do médico pela falha no dever de informação, à luz do princípio da boa-fé objetiva - Revista da Ajuris de Porto Alegre 2018, 45(145).
10. Flemming HJ. A medicina pós-hipocrática: o problema e a solução. Brasília, DF:

Editora Monergismo, 2017.

11. Grisard N; Ramos Filho I. Manual de orientação ética e disciplinar. Florianópolis: CREMESC, 2006.
12. Kfoury Neto M. Responsabilidade civil do médico. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.
13. Monte, FQ. Ética médica: evolução histórica e conceitos - Revista Eletrônica de Bioética de Brasília 2009, (17)3. Acessível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/507.
14. Platão. A República. São Paulo: Martin Claret, 2007.

Recebido: 21/06/2020. Aprovado: 15/08/2020.