

# O DIREITO DE NÃO SABER E O PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE IDOSO

**Tagore Trajano de Almeida Silva**

Universidade Católica de Salvador (UCSal), Bahia.  
tagore.silva@pro.ucsal.br

**Henrique Costa Princhak**

Universidade Católica de Salvador (UCSal), Bahia.  
henriqueprinchak@gmail.com

**Resumo:** O presente artigo analisa a possibilidade de exercício do direito de não saber e de aplicação do privilégio terapêutico em pacientes idosos. Com o objetivo de alcançar o objeto pretendido, examina-se a autonomia e a informação como elementos fundamentais da relação médico-paciente, perpassando por conceitos como autonomia, direito à informação do paciente e consentimento informado. Além disso, são analisadas quando e de que modo ocorrem as exceções ao dever de informar do médico, que seriam o privilégio terapêutico e o direito de não saber. Investiga-se também a vulnerabilidade do paciente idoso e são sugeridos parâmetros de orientação para aplicar o privilégio terapêutico e exercer o direito de não saber de modo adequado, em especial quando envolve pessoas idosas. Acrescenta-se que a pesquisa foi predominantemente bibliográfica e de natureza qualitativa, através da interpretação e avaliação do objeto pretendido, bem como, o método consistiu no hipotético-dedutivo, por meio do falseamento de hipóteses. Destaca-se que este consiste em um tema de indubitável relevância pois busca-se examinar institutos que visam assegurar a autonomia e o bem-estar de pacientes que se encontram em uma situação de maior vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Idoso; Autonomia; Informação; Privilégio Terapêutico; Vulnerabilidade.

*The right not to know and the therapeutic privilege in the doctor-elderly patient relationship*

**Abstract:** This article analyzes the possibility of exercising the right not to know and applying the therapeutic privilege to elderly patients. In order to achieve the intended object, autonomy and information are examined as fundamental elements of the doctor-patient relationship, passing through concepts such as autonomy, the patient's right to information and informed consent. In addition, when and how the therapeutic privilege and the right not to know occurs, as exceptions to the doctor's duty to inform, are analyzed, The vulnerability of elderly patients is also investigated and guidelines are suggested to apply the therapeutic privilege and exercise the right not to know properly, especially when it involves elderly people. It is added that research was predominantly bibliographic and qualitative in nature, through the interpretation and evaluation of the intended object, as well as the method consisted of the hypothetical-deductive, through the falsification of hypotheses. It is noteworthy that this is an issue of undoubted relevance as it seeks to examine institutes that aim to ensure the autonomy and well-being of patients who are in a situation of greater vulnerability.

**Keywords:** Elderly; Autonomy; Information; Therapeutic Privilege; Vulnerability.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano, embora seja um fenômeno natural e inerente a todos, é propício a ocorrência de certas doenças, como por exemplo, o Alzheimer, que acabam colocando as pessoas idosas em uma situação de maior fragilidade e dependência de cuidado do outro. Ademais, também incidem sobre os idosos, circunstâncias sociais, econômicas e culturais que podem ocasionar uma maior suscetibilidade em serem feridos.

Deste modo, o paciente idoso se encontra em uma condição de dupla vulnerabilidade, visto que além de sua vulnerabilidade pessoal, que ocorre pelo fato de ser idoso, também estaria vulnerável por ocupar a posição de paciente, que é assimétrica em sua relação com o médico, devido ao poder da técnica que o profissional possui.

Em razão desta dupla vulnerabilidade, os idosos podem vir a ter a sua autonomia reduzida durante o processo terapêutico. Isto é, a sua capacidade de autodeterminação acerca da própria saúde e vida, livre de interferências controladoras externas, pode estar limitada. Assim, cumpre ao médico assegurar o respeito à autonomia destes indivíduos, devendo considerar as suas vontades e garantir o seu direito de ser informado, que é um elemento fundamental da relação médico-paciente e pressuposto do próprio princípio da autonomia.

Contudo, embora a informação seja essencial, é importante evidenciar que existem situações em que este dever do médico em informar seria excepcionado. Dentre estas exceções, chamadas de limites do dever de informar, impende destacar as circunstâncias em que cabe a aplicação do privilégio terapêutico por julgamento do profissional e no exercício do direito de não saber do paciente. Todavia, ressalta-se que não existe no Brasil legislação específica e nem consenso da doutrina sobre estes institutos.

Assim, o presente artigo busca analisar a possibilidade do exercício do direito de não saber e da aplicação do privilégio terapêutico em pacientes idosos, tendo em vista que estes indivíduos estariam em uma situação de maior fragilidade. Este tema possui uma importância tanto para o Direito, como para a sociedade, pois procura-se investigar a aplicação de institutos que buscam assegurar, respectivamente, a autonomia – que nada mais é do que fundamento da dignidade humana no entendimento kantiano - e o bem-estar biopsicossocial do paciente. Convém adiantar que se entende pela possibilidade de ambos ocorrerem, desde que sejam observados alguns requisitos, como a presença da capacidade de discernimento do paciente.

Evidencia-se que a pesquisa utilizada para a construção do presente trabalho foi predominantemente bibliográfica, por meio de livros, artigos, periódicos e textos normativos. Além disso, a pesquisa possui natureza quantitativa, pois foi buscada a avaliação e interpretação do objetivo que se pretende investigar. Acrescenta-se que o método utilizado foi o hipotético-dedutivo, através do falseamento de hipóteses com o intuito de verificar a sua autenticidade.

Com a finalidade de alcançar o objeto pretendido, será analisado no segundo capítulo a autonomia e a informação como elementos fundamentais da relação médico-paciente, perpassando por conceitos como autonomia, direito à informação e consentimento informado. Já no terceiro capítulo serão examinadas quando - e de que forma - ocorrem as exceções ao dever de informar do médico, que seriam o privilégio terapêutico e o direito de não saber. Por fim, no quarto capítulo, investiga-se a possibilidade do exercício do direito de não saber e da aplicação do privilégio terapêutico em pacientes idosos, analisando conceitos como vulnerabilidade e sendo sugeridos parâmetros de orientação para estes institutos.

# 1 A AUTONOMIA E A INFORMAÇÃO COMO ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Em uma análise semântica, autonomia significa a competência humana em "dar-se suas próprias leis". Entende-se "leis", em um sentido amplo, enquanto a totalidade de regras de conduta e de modos de conduzir-se no mundo, frente às coisas e aos outros sujeitos (SEGRE *et al* 2009, p. 03). Desta forma, a autonomia pode ser compreendida como a manifestação da subjetividade do indivíduo, na elaboração de leis que guiarão a vida do sujeito e que devem coexistir com as normas externas ditadas pelo Estado (TEIXEIRA, 2018, p. 95).

Para a filosofia, destaca-se o entendimento de Kant (2005, p. 67-96), que compreende a autonomia como o fundamento da dignidade da natureza humana, assim como, de toda a natureza racional. Seria baseada na vontade, que é dada pela razão e é concebida como a possibilidade do indivíduo se autodeterminar, devendo ser observado o imperativo categórico, que entende que o homem é fim em si mesmo. A vontade para ser própria deve ser antecedida pela liberdade, que é inerente a todos os seres racionais, pois os sujeitos devem considerar a si mesmos como capazes de agir, independentemente de influência estranhas.

Segundo a concepção kantiana, violar a autonomia seria infringir, de modo substancial, o próprio sujeito, pois a autonomia é considerada parte constitutiva da própria pessoa humana, que enquanto ser autônomo, escolheria suas normas, valores, projetos, tomaria suas decisões e agiria em consequência a elas (SEGRE *et al*, 2009, p. 05). Na noção kantiana de autonomia, a vontade seria determinada por motivos que deveriam ser levados de forma igual para todas as pessoas, ou seja, por máximas que seriam aprovadas pelo teste da universalização (HABERMAS, 2017, p. 12).

É relevante discutir o sentido de autonomia para a Bioética, ética aplicada à vida que busca responder dilemas morais e filosóficos no campo da saúde, através de uma reflexão teórica e prática (NEVES, 2009, p. 01). Observa-se que a autonomia é, muitas vezes, o ponto de partida para as reflexões da Bioética. Discussões sob temas como o consentimento informado, o direito de saber e o direito de não saber, o direito de viver e morrer, dentre outros, devem espelhar a esfera da liberdade que decorre da autonomia do sujeito (MOUREIRA, 2007, p. 116).

Para Tom L. Beauchamp e James F. Childress (2002, p. 137-155) a autonomia seria um dos princípios basilares da ética biomédica. Segundo os autores, a autonomia significa autogoverno. Logo, o agente autônomo seria aquele capaz de decidir-se livremente acerca de sua vida, independente de interferências controladoras por parte dos outros, e com a capacidade de agir intencionalmente, sem sofrer limitações que prejudiquem a deliberação com base em seus desejos e necessidades. Assim, é necessário que o agente autônomo seja respeitado, ou seja, que tenha o seu direito de fazer suas próprias escolhas resguardado.

Desta forma, para a Bioética, a autonomia se relaciona, de maneira direta, à necessidade de respeitar as decisões individuais no que dizem respeito aos procedimentos médicos e biocientíficos (ARAÚJO; SILVA, 2017, p. 723). Acrescenta-se que o respeito à autonomia não pode se limitar a atitudes passivas, ou seja, em simplesmente não invadir a autonomia do outro indivíduo, mas deve ir além, o que implica em uma ajuda mútua para o enfrentamento das insuficiências que estão presentes naquela situação em concreto e para a própria construção da autonomia da vontade dos sujeitos (ANJOS, 2006, p. 184).

A autonomia não implica em uma imposição de vontade, mas, sim, na possibilidade de autodeterminação, isto é, de convivência de iguais liberdades - no reconhecimento, que é legítimo, de uma esfera de liberdades e não liberdades, que decorrem dos limites impostos pelo Direito (MOUREIRA, 2007, p. 116). Cabe destacar que autonomia em seu sentido para a ética

biomédica não se reduz apenas ao conceito de capacidade jurídico, mas pode-se argumentar que estaria intimamente ligada a noção de discernimento, isto é, à possibilidade de entendimento e de desejo da pessoa (MORAES; CASTRO, 2014, p. 809).

Apenas os critérios de capacidade trabalhados pelo Código Civil podem não ser suficientes para definir que um indivíduo é um agente autônomo, levando em consideração o significado desta expressão para a Bioética, tendo em vista que estes parâmetros do Código foram escolhidos sob o fundamento de proteger a segurança dos sujeitos em suas atividades negociais. Desta forma, apenas uma análise da capacidade jurídica não seria suficiente para percepção da real autonomia do indivíduo (AGUIAR, 2012, p. 88).

Vale ressaltar que a autonomia, enquanto manifestação da liberdade do sujeito, consiste em um meio para concretização do princípio da dignidade da pessoa humana. Ou seja, seria um atributo fundamental ao próprio desenvolvimento da existência plena do ser humano (AGUIAR; MEIRELES, 2018, p. 135).

Segundo Ingo Sarlet (2012, p. 73), a dignidade humana consiste na qualidade intrínseca e distintiva reconhecida a cada ser humano e que o torna merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e, também, de sua comunidade. Assim, implica em um complexo de direitos e deveres fundamentais buscando garantir ao sujeito as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, bem como, promover a sua participação, de maneira ativa, em seu projeto existencial e da vida em comunhão com os demais seres humanos, em respeito as diversidades culturais e aos demais seres que compõem a rede da vida.

Observa-se que a pessoa humana ocupa uma posição de centralidade no ordenamento jurídico brasileiro, em razão do princípio da dignidade da pessoa humana, previsto pela Constituição Federal de 1988. Isto é houve uma opção do Direito para que a pessoa humana se realize de acordo com os seus projetos de vida, ou seja, com os valores que o sujeito escolher serem mais relevantes para a condução da sua própria vida. A condição de liberdade do indivíduo enquanto ser humano é fundamental para que possa viver de maneira digna, devendo, então, ser respeitada a identidade de forma integral (TEIXEIRA, 2018, p. 77-79).

Embora o racionalismo proposto por Kant tenha contribuído significativamente para a proteger a esfera da individualidade, o significado de autonomia necessita ser reinventado, para harmonizar com a pluralidade de identidades presentes nas sociedades contemporâneas. Logo, deve-se compreender a autonomia partindo-se do reconhecimento do multiculturalismo, ou seja, das múltiplos projetos existenciais e das diferentes visões de mundo. Isto é, a concepção de que a autonomia consiste em um pressuposto jurídico essencial das relações sociais e para a construção do projeto existencial de cada sujeito (ARAÚJO; LINS-KUSTERER, 2020, p. 74-82).

Um pensamento contrário a perspectiva multicultural se opõe a evidente ascensão das liberdades individuais. Logo, a existência humana não pode ser concebida se condicionada à interferência estatal descabida e injustificada nas situações privadas que dizem respeito a realização da dignidade humana (ARAÚJO; SILVA, 2017, p. 723-728). Deste modo, harmonizar o princípio da autonomia com o princípio da alteridade consiste em um instrumento adequado para proporcionar uma tutela jurídica oportuna à dignidade existencial do ser humano nas situações que se relacionam ao bem jurídica vida, de maneira a serem contempladas as esferas tanto individuais, quanto as coletivas (AGUIAR; MEIRELES, 2018, p. 125).

A expressão alteridade, em seu sentido específico, foi formulada na segunda metade do século XX e consiste em uma aceção de natureza intrínseca e essencialmente ética, uma vez que a sua afirmação implica em um modo particular de agir. Inicialmente, a existência de outros para além do “eu” era sempre pensada a partir do “eu”. Este entendimento contradizia a própria

definição etimológica da alteridade que designa o “outro”, a característica de ser o outro, em um contexto de pluralidade ou “diversidade” (NEVES, 2017, p. 70-80).

Logo, a alteridade passa compreender a concepção do outro enquanto outro, remetendo a pluralidade de que emerge e preservando o outro enquanto tal, não permitindo que seja diluído e absorvido no “eu”. Ao mesmo tempo, também beneficia a relação entre o “eu” e o “outro” na simultaneidade entre os sujeitos. Assim, a alteridade, em sua especificidade, revela a eticidade da relação entre o eu e o outro em sua constituição recíproca (NEVES, 2017, p. 80).

A alteridade, cujo conteúdo se releva pela ideia do reconhecimento do outro e respeito às diferenças, evidencia o respeito ao princípio da autonomia e ao multiculturalismo. Ou seja, a alteridade remete à construção de uma ética pautada na responsabilidade social em torno das decisões existenciais dos indivíduos, com o objetivo de construir uma disciplina ético-jurídica baseado no pressuposto do multiculturalismo, revelado pela multiplicidade de identidades culturais e morais, mas sem desconsiderar as tutelas que são importantes e que necessitam serem preservadas (AGUIAR; MEIRELES, 2018, p. 125-126).

Em relação a interação entre médicos e paciente, o respeito ao princípio da autonomia, na prática, ensina a promoção de comportamentos autônomos dos indivíduos que necessitam de cuidados médicos. Deste modo, observa-se que a informação ocupa um papel essencial nesta relação (WANSSA, 2011, p. 111). Isto é, a informação pode ser entendida como um pressuposto da autonomia da relação entre médicos e pacientes. Contudo, é imprescindível que ambas as partes do processo terapêutico cumpram com o dever de informar para agirem autonomamente (ARAÚJO; FERNANDES, 2021, p. 156).

A informação seria, então, uma obrigação de natureza mútua que se destina ao médico e paciente, em decorrência do princípio da boa-fé, que deve estar presente em todas as relações contratuais (ARAÚJO, 2018, p. 18). Ou seja, assim como caberia ao médico informar de maneira adequada e suficiente para que o paciente tenha condições de expressar o seu consentimento livre e esclarecido – expressão máxima do princípio do respeito à autonomia – cumpre ao paciente fornecer todas as informações relevantes para que o profissional averigue as soluções mais adequadas ao procedimento terapêutico (ARAÚJO; FERNANDES, 2021, p. 156-159).

Ressalta-se que a ascensão e conquista da autonomia, ao longo da história, enquanto elemento essencial ao paciente, evidencia um recente protagonismo deste sujeito em sua interação com o médico. Todavia, a modificação da arte médica, no sentido de favorecimento da capacidade do sujeito decidir acerca do seu próprio corpo, não significa que seja negligenciada a importância dos profissionais de Medicina nesta relação, no que diz respeito na condução técnica do processo terapêutico (NILO; SILVA, 2019, p. 103-104). Deste modo, ressalta-se que também cabe ao paciente informar todas as informações pertinentes a sua saúde para que o médico possa proporcionar um melhor desfecho ao seu caso clínico.

Ademais, é observado que o consentimento informado é fundamental para haja a obtenção do consentimento livre e esclarecido (REQUIÃO, 2009, p. 1216). O consentimento informado consiste em um processo comunicativo que possui a finalidade de obter a autorização autônoma do paciente, através da transmissão de uma informação prévia, em quantidade e qualidade adequada. Este procedimento não se resume a uma simples assinatura de um termo formal, mas é um processo dialógico que possui o fito de dar ao paciente a oportunidade de intervir na tomada de decisões (POZÓN, 2015, p. 21).

É exigido durante o processo de consentimento informado: a competência e voluntariedade do indivíduo, bem como, a revelação da informação e o entendimento do sujeito acerca das

informações prestadas (REQUIÃO, 2009, p. 1216). Isto é, o consentimento do paciente pressupõe a informação prévia, pois é necessário que o sujeito capaz possua a sua disposição todos os dados relevantes para que possa decidir livremente. Antes do paciente consentir, cabe ao médico prestar informações sobre o prognóstico, o diagnóstico, objetivos, os riscos e benefícios. Deve ser esclarecida a condição clínica do paciente, assim como, os desconfortos que poderão ocorrer e as alternativas terapêuticas existente (FABBRO, 2009, p. 02-05).

Todavia, não cabe ao profissional da Medicina simplesmente informar sem estar atento a compreensão do seu destinatário: o paciente. A compreensão consiste em um elemento indispensável para que seja obtida a informação de forma adequada e, conseqüentemente, um consentimento verdadeiramente legítimo. Para que uma informação seja compreendida não basta a existência da capacidade do sujeito, mas que haja uma atenção para as situações individuais, considerando os múltiplos contextos de vida dos pacientes (ARAÚJO, 2018, p. 22).

A transmissão de informação precisa então ocorrer em uma linguagem acessível que possibilite o entendimento do que está sendo transmitido, tendo em vista que existe uma assimetria informacional entre paciente e médico. Essa assimetria ocorre em razão do poder técnico do profissional e para que possa ser mitigada, é necessário que haja a o elemento da compreensão. Assim, a informação não pode ser revestida em um discurso hermético e científico, em uma linguagem inacessível ao paciente, sendo necessário que o médico entregue a informação de uma maneira clara e compreensível (FABBRO, 2009, p. 05).

Assim, ressalta-se que tanto a autonomia, quanto a informação, consistem em elementos essenciais que devem ser assegurados e preservados na interação entre médicos e pacientes. Contudo, para que seja percebida a real autonomia do sujeito e mitigadas as desigualdades nas situações em concreto, a autonomia deve ser compreendida em uma perspectiva que considere o reconhecimento do multiculturalismo e que esteja em harmonia com o princípio da alteridade, enquanto a informação, como pressuposto da autonomia e obrigação de natureza mútua, deve envolver o elemento da compreensão.

## **2 OS LIMITES DO DEVER DE INFORMAR: O DIREITO DE NÃO SABER E O PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO**

Observa-se que a ciência médica vem sempre se desenvolvendo e evoluindo, superando paradigmas, uma vez que o desenvolvimento científico pressupõe uma sucessão de períodos que são ligados à tradição e que se caracterizam por rupturas não cumulativas de paradigmas. Entende-se paradigma como realizações científicas que seriam universalmente reconhecidas e que durante um certo período foram capazes de fornecer problemas e soluções que serviram de modelo para uma determinada comunidade de praticantes de uma ciência (KUHN, 1998, p. 13-255).

Desta forma, como o objetivo da ciência consiste em sempre superar paradigmas, percebe-se o avanço da Medicina, no que diz respeito ao surgimento de novas formas, técnicas e métodos de se tratar o paciente. Porém, deve-se evidenciar que isso não seria suficiente para que haja uma eficiência total no âmbito da relação médico-paciente, visto que é preciso respeitar outros direitos como o direito à informação, que consiste em um elemento fundamental desta relação.

Todavia, apesar da inegável relevância da informação na interação entre médicos e pacientes, percebe-se que este não é um direito absoluto. Existiriam situações que se enquadram como exceções, ou limites, ao dever de informar do profissional da Medicina. Dentre eles convém destacar o chamado direito de “não saber” e o privilégio terapêutico.

Embora ambos sejam exceções específicas ao dever de informação, o que cada uma destas situações busca resguardar seria diferente. Isto é, os bens jurídicos protegidos por estes institutos seriam distintos. Enquanto que o direito de não saber consiste em uma expressão do direito ao livre desenvolvimento da personalidade, o privilégio terapêutico busca proteger o direito à integridade física e à saúde do sujeito, sendo uma situação que ocorre pela percepção do médico (PEREIRA, 2003, p. 286).

Cabe ressaltar que não existe no Brasil uma legislação específica sobre o tema, e nem um consenso doutrinário acerca do que consiste no direito de “não saber” e no privilégio terapêutico. Deste modo, percebe-se que os seus conceitos podem vir a se confundir e coincidir.

## 2.1 O direito de não saber como concretização do princípio da autonomia

Vale salientar que embora seja assegurado o direito à informação, nem todo o paciente possui o desejo de ser informado sobre todos os aspectos que envolvem a sua saúde (MACEDO, 2020, p. 250). Da mesma forma que o direito de saber, de ser informado, é legítimo, também seria o direito de “não saber”, ambos em decorrência do princípio do respeito à autonomia, uma vez que a autonomia envolve não apenas o direito de obtenção ao conhecimento ou à informação, mas também o direito ao pleno desconhecimento (VASCONCELOS; GARRAFA, 2017, p. 47).

Tendo em vista que o princípio do respeito à autonomia baseia-se na ideia de que um agente autônomo é aquele que realiza suas próprias escolhas, sem interferências controladoras, uma pessoa não deve ser forçada a receber informações que ela não deseja conhecer, porque isso significaria uma violação a este princípio da ética biomédica (DAVIES, 2020, p. 300).

Logo, o paciente, que de forma autônoma, decide não receber as informações, seja por confiar no profissional que o atende por muito tempo, isto é, na capacidade decisória do médico ou por outras questões internas, deve ter este direito respeitado, independente do motivo que o leva a não querer saber. Destaca-se que nestas circunstâncias é importante que o profissional tome o cuidado de obter por escrito as manifestações de vontade do paciente no sentido da renúncia a ser informado (BERGESTEIN, 2012, p. 141). Ou seja, os motivos que levaram ao paciente renunciar devem ser documentados pelo médico (POZÓN, 2015, p. 27).

Na renúncia, o paciente abdica o direito a um consentimento informado e libera o médico da obrigação de obtê-lo. Nestas situações, o indivíduo delega a autoridade de decisão ao profissional ou pede para não ser informado. Pode-se defender que houve a tomada de uma decisão pelo paciente: a decisão em não ser informado. A renúncia consiste em um direito válido do paciente, quando este entende a sua situação e abre mão do direito às informações. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 185-187).

Ressalta-se que embora o paciente possua o direito de não ser informado, ainda nessas situações, é dever do profissional médico garantir que este indivíduo esteja ciente das consequências de não ser informado e que também tenha motivos para não querer receber informações. Demonstra-se, também a necessidade de se garantir que esta renúncia seja uma decisão fundamentada e razoável e não o resultado de sintomas psiquiátricos, como por exemplo, em pacientes com esquizofrenia que podem renunciar motivados por algum tipo de delírio ou falta de percepção. Neste sentido, observa-se que é necessário avaliar a capacidade de discernimento do paciente para que este possa renunciar uma informação de forma adequada (POZÓN, 2015, p. 27).

É observado que a renúncia pode ser expressa ou tácita. Todavia, em ambos os casos ela deve ser clara e inequívoca, exigindo-se uma “recusa informada” – que não seria sinônimo de

“recusa com plena informação” pois, caso contrário, haveria o risco do direito de não saber esvaziar o seu conteúdo. Entretanto, é necessário que o paciente, ao menos em um nível abstrato, possua informações básicas que o permitam ponderar de forma adequada sobre os riscos da falta de conhecimento. Ademais, é preciso que o indivíduo tenha ciência acerca da possibilidade de conhecer determinadas informações para que possa se autodeterminar no sentido de recusá-las (PEREIRA, 2003, p. 292).

Contudo, percebe-se que existem autores que defendem que o direito de não saber não pode ser presumido, mas deve ser “ativado” pela vontade explícita da pessoa. Nos casos em que o interesse em não saber parece claro, mas nenhuma escolha explícita foi feita, haveria a possibilidade de exercício do “privilégio terapêutico” por julgamento do profissional, que consiste em um instituto diferente. Seria necessário manifestação expressa da parte no sentido da renúncia, visto que uma das particularidades deste direito, consiste no fato de que depende quase inteiramente do percepções subjetivas do indivíduo (ANDORNO, 2004, p. 438).

Entretanto, vale evidenciar que apenas excepcionalmente pode haver a presunção de que o paciente quer exercer o direito de não saber. A renúncia tácita seria uma exceção. Ou seja, em regra, o médico não poderia presumir que o indivíduo não deseja conhecer as informações sobre a sua saúde. Porém, em determinadas circunstâncias, poderia haver essa presunção, com base na atitude e concepções vitais do paciente em outros campos ou manifestações expressas que foram feitas no passado e indiquem de modo claro que esta seria a vontade do sujeito (PEREIRA, 2003, p. 292).

Cabe evidenciar que assim como o direito à informação não é absoluto, o direito de não saber também não é. Logo, destaca-se que o direito de não saber poderia sofrer algumas limitações: seja para preservar o interesse do próprio paciente – por exemplo, informar sobre uma patologia grave para que sejam adotadas as medidas preventivas necessárias - e também para proteger terceiros, em prol de um interesse coletivo – por exemplo, informar acerca de uma doença infectocontagiosa para evitar a transmissão de terceiras pessoas ou familiares (PEREIRA, 2003, p. 293-294).

Caso o paciente manifeste sua vontade de não receber a informação, receberá os ônus decorrentes de sua conduta omissiva. Isto é, a renúncia não transfere ao médico ou terceiro este ônus. Deste modo, caso haja a concretização de um dano que poderia ter sido evitado se este paciente tivesse sido informado, não poderia haver responsabilização civil do profissional que não informou em razão de uma opção volitiva do próprio paciente (BERGESTEIN, 2012, p. 140-141).

O direito de não saber seria, então, um limite ao dever de informar, que é legítimo, em decorrência do princípio da autonomia. Assim, do mesmo modo que existe um direito a ser informado, também haveria um direito de renunciar esta informação. Em suma: a) por via de regra, a renúncia deve ser expressa e fundamentada, apenas excepcionalmente poderia ser tácita; b) ainda assim o paciente deve ser informado em nível abstrato sobre as consequências da renúncia e da possibilidade de ter o conhecimento; c) deve ser analisada a capacidade de discernimento do sujeito; d) este direito não é absoluto (existiriam exceções).

## 2.2 O privilégio terapêutico

Contar a verdade, durante o tratamento ou procedimento médico, pode ser visto como uma ferramenta imprescindível para possibilitar que o paciente exerça controle e decida sobre a sua vida e saúde, de maneira plena. Sendo assim, a verdade, embora muitas vezes possa vir ser

dolorosa, seria um instrumento que permite o empoderamento daquele sujeito. Por outro lado, em certas ocasiões, pode-se entender que transmitir a verdade pode algo traumatizante, capaz de enfraquecer a esperança do paciente e a vontade desta pessoa em viver (BLACKHALL *et al*, 2001, p. 59).

Para Kant (2005, p. 33-70) o indivíduo quando mente, ainda que com boas intenções, estaria utilizando o outro como meio para alcançar algo e não o considerando como fim em si mesmo. A mentira deve ser evitada não apenas pelo receio em ser descoberto e perder credibilidade, mas por ser considerada má em si mesma. É necessário ser verdadeiro por dever e não somente pelo medo de consequências prejudiciais, mas em observância do imperativo moral.

Como visto anteriormente, deve ser assegurado o direito de autodeterminação do paciente, ou seja, o respeito à autonomia deste indivíduo. A vontade deve ser qualificada pela liberdade e para isso deve ser baseada em uma informação prévia para que este sujeito possa decidir se submeter ou não a determinado procedimento ou tratamento, e assim legitimar a ação do profissional. Para isso, é imprescindível que a informação que venha a ser entregue ao paciente seja verdadeira (FABBRO, 2009, p. 02).

Mentir de modo indiscriminado, assim como é condenado pela perspectiva kantiana de defesa à verdade irrestrita, também não poderia ocorrer na relação médico-paciente pois deve prevalecer a veracidade das informações para proporcionar o fomento da confiança entre as partes. Contudo, excepcionalmente, seria possível, de maneira justificada, não entregar completamente a verdade, em prol de um benefício maior. É necessário para isso um motivo justo: a presença de um potencial dano na total transmissão da verdade. A análise da justeza do motivo consiste em responsabilidade do médico, em continuidade aos cuidados que são prestados ao paciente (VASCONCELOS; GARRAFA, 2017, p. 48).

Deste modo, destaca-se o chamado privilégio terapêutico, que é uma situação baseada na percepção do médico de que a divulgação de informações seria potencialmente prejudicial ao paciente, podendo ocasionar diversas consequências como ameaça a vida, serem tomadas decisões irracionais e transtornos psicológico (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 172-173).

Pode-se argumentar que mentir ou omitir informações que podem ser relevantes no processo decisório do paciente limita a autonomia do paciente, uma vez que a vontade do sujeito poderia vir a ser outra, caso tivesse pleno conhecimento acerca do que lhe está sendo privado (FABBRO, 2009, p. 05).

Para alguns autores, o privilégio terapêutico não seria eticamente justificável pois a informação é uma ferramenta poderosa para o empoderamento do paciente, assim, reter conscientemente a verdade de indivíduos autônomos os enfraqueceria e requer mais justificativas do que causa bem-estar para este sujeito. Isto é, a longo prazo poderia ocasionar mais danos do que benefícios. A possibilidade de reter informações de um paciente autônomo, só seria possível no caso excepcional de renúncia à informação por iniciativa do paciente (EDWIN, 2008, p. 161).

Apesar dos posicionamentos em sentido contrário, cabe ressaltar que o privilégio terapêutico seria, sim, possível. Todavia, destaca-se que este é essencialmente um instituto que possui um caráter excepcional. Apenas quando a transmissão integral da verdade for danosa, cabe ao médico analisar os riscos e benefícios do fornecimento da informação e decidir sobre a entrega ou a omissão. Nestas ocasiões, a informação deve ser resguardada do paciente e entregue ao representante legal do sujeito, com quem as decisões serão compartilhadas (VASCONCELOS; GARRAFA, 2017, p. 49).

Ou seja, a regra é do cumprimento do dever de informar. Todavia, quando a transmissão de informações ao paciente pode ocasionar uma piora a sua situação física ou psíquica, este dever

poderia ser excepcionado. Haveria então a possibilidade do médico se eximir do descumprimento do dever de informação nestas circunstâncias, sob o argumento de que prestar certos esclarecimentos que desencadeiem reações adversas no paciente atentaria contra o próprio fim da Medicina (OCHOA, 2006, p. 7).

Deve-se observar também se a decisão do médico em ocultar ou modificar as informações, possui o objetivo de proporcionar o bem-estar, ou seja, se o médico agiu com responsabilidade, visando o benefício do paciente, assim como, deve ser observada a natureza, a gravidade e confiabilidade das informações retidas. Falsificar ou ocultar informações com receio de uma previsível reação de tristeza, raiva ou desespero do paciente que poderia incomodar ou constranger o profissional, por não saber como responder, não poderia justificar o uso deste instituto, pois nessas circunstâncias, o médico estaria agindo apenas por interesse pessoal (RICHARD *et al*, 2010, p. 05).

Vale reforçar que o privilégio terapêutico não deve ser compreendido como um direito à mentira e nem deve ser utilizado de maneira irrestrita em todo e qualquer caso. É necessário que ocorra em situações excepcionais na qual a utilidade terapêutica da intervenção seja legítima, quando se está diante de um risco para a vida do paciente ou um grave dano à saúde física ou psíquica. No Direito Português, por exemplo, existem entendimentos doutrinários no sentido de que só haveria o privilégio para as intervenções terapêuticas, não se justificando para os demais procedimentos médicos, como por exemplo, a cirurgia estética pura, o que demonstra a excepcionalidade deste instituto de cunho paternalista que busca a proteção do enfermo (PEREIRA, 2003, p. 289-290).

Assim, ressalta-se que o privilégio terapêutico não pode substituir a vontade do paciente e nem ser utilizado de forma exclusivamente discricionária, sem a utilização de qualquer critério, sob risco de tornar a atuação do profissional médico arbitrária e contrapondo-se a toda evolução histórica atinente à autodeterminação do paciente. Deste modo, a sua aplicação deve ocorrer apenas em determinados casos (BERGESTEIN, 2012, p. 144-145).

Cabe acrescentar que diferentemente de outros ordenamentos jurídicos, como por exemplo, o português, em que há previsão expressa do privilégio terapêutico em seu Código Penal (PORTUGAL, 1995), no Brasil, não existe uma previsão deste instituto em uma lei específica. Entretanto, percebe-se que o Código de Ética Médica, ao prever o dever de informar do médico, em seu artigo 34, também estabelece uma exceção a vedação ao médico em deixar de cumprir com o dever de informar, nos casos em que “a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (CFM, 2018).

Ademais, observa-se que alguns autores entendem o privilégio terapêutico como sinônimo do paternalismo. O paternalismo, originado dos fundamentos hipocráticos, pode ser compreendido como a ação do profissional sobre a vontade do agente autônomo que necessita de seus cuidados. Essa interferência seria justificada por razões como, por exemplo, o bem-estar do paciente e a necessidade desta intervenção durante o tratamento. Nestas situações, o médico age exclusivamente com base em sua vontade para o interesse daquele que está sendo tratado (MUÑOZ; FORTES, 1998, p. 61-62).

Ressalta-se que Muñoz e Fortes (1998, p. 61-62) defendem que para que o paternalismo seja ético, deve obedecer a determinadas premissas. Neste sentido, destacam-se os requisitos elaborados por Culver e Gert (1982, p. 207-208) que entendem que é necessário, para o paternalismo ser legítimo, haver a intenção de beneficiar outrem com a ação, e não a si próprio ou a terceiro. Além disso é preciso não violar uma regra moral e que não seja obtido o consentimento – previamente, posteriormente ou no momento em que o profissional realiza esta interferência – do sujeito o qual a sua ação se destina.

Pode-se definir, então, o privilégio terapêutico como uma omissão ou deturpação da verdade, ou de alguma parte dela, com o objetivo de não causar prejuízo ao paciente, que ocorre através de um julgamento feito pelo próprio médico. Todavia, é relevante destacar que este instituto deve ocorrer apenas em situações excepcionais, ou seja, apenas em casos em que há uma real probabilidade de causar dano ao sujeito e com o fito de assegurar o seu bem-estar.

### **3 O DIREITO DE NÃO SABER E O PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE IDOSO**

O envelhecimento consiste em um processo complexo, multifatorial e individual. Observa-se que o principal marco utilizado para caracterizar uma pessoa idosa, em termos práticos, é a idade cronológica. A Assembleia Organização das Nações Unidas, por exemplo, compreende que os sujeitos com 60 anos ou mais seriam considerados idosos, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil - que adota este critério etário no Estatuto do Idoso (SCHWANKE; FEIJÓ, 2006, p. 85-86).

Todavia, deve se ter em mente que o processo de envelhecimento é caracterizado pela manifestação de diversos eventos biopsicossociais que ocorreriam ao longo do tempo. A idade cronológica não estaria diretamente relacionada à idade biopsicossocial, pois que este processo possui caráter individual, visto que cada pessoa idosa é única e portadora de diversas particularidades (SAQUETTO *et al*, 2013, p. 521).

Ademais, apenas o avanço na idade não é, e nem deve ser, sinônimo de adoecimento ou de aproximação à terminalidade da vida. Tanto a doença, como a morte, seriam condições próprias de todos os seres e em qualquer idade. Entretanto pode se observar que existem evidências científicas de que o envelhecimento humano torna o organismo mais propício ao surgimento a determinadas enfermidades (BURLÁ *et al*, 2014, p. 89).

Dentre elas vale evidenciar: a) a restrição dos movimentos corporais originadas por seqüela de acidente vascular encefálico; b) artrose/artrite; e c) o declínio cognitivo, como por exemplo, devido a demência de Alzheimer. Estas enfermidades acabam sendo, muitas vezes, causas de dependência entre sujeitos idosos. No entanto, é importante reforçar que embora o envelhecimento se associe ao aumento de um risco de desenvolvimento de enfermidades, não deve ser considerado como doença por si mesmo (SCHWANKE; FEIJÓ, 2006, p. 86).

Assim, apesar de pessoas idosas serem agentes autônomos, percebe-se que, muitas vezes, em razão dessas enfermidades que são propensas a se desenvolverem por causa do próprio envelhecimento humano ou por outros motivos, como por exemplo, por questões socioeconômicas, estes sujeitos passam a ter a sua autonomia reduzida. Deste modo, demonstra-se necessário discutir sobre a possibilidade de aplicação do direito de não saber e do privilégio terapêutico como, respectivamente, exercício legítimo de suas vontades nas situações em concreto que envolvem a necessidade de cuidados médicos e como forma de proteção da saúde destes sujeitos.

#### **3.1 A vulnerabilidade do paciente idoso**

Ressalta-se que as pessoas idosas, diferentemente das crianças e adolescentes, seriam consideradas como capazes civilmente, possuindo, em tese, a sua autonomia expressamente garantida pelo próprio Código Civil. Todavia, cabe reforçar que ambos os grupos sociais podem vir a ter a sua autonomia limitada por estarem vulneráveis (AGUIAR, 2012, 100-101). Isto é,

existe a possibilidade de um sujeito, ainda que capaz para a maior parte dos atos da vida civil, ter sua autonomia reduzida por estar exposto a uma situação de vulnerabilidade (SILVA, 2016, p. 74).

Cabe ressaltar que a capacidade do indivíduo de se autogovernar, levando em consideração apenas o sentido jurídico, não seria suficiente para compreender a real autonomia do sujeito. É na esfera da vulnerabilidade, onde estariam presentes os motivos que poderiam impedir a total compreensão do indivíduo, que se deveria pensar na construção de um significado adequado para a autonomia e para a legitimidade do consentimento daquela pessoa (ARAÚJO; LINS-KUSTERER, 2020, p. 86).

A expressão vulnerabilidade, advém do latim *vulnus(eris)*, que significa ferida, podendo ser definida como a suscetibilidade ou potencialidade do indivíduo vir a ser ferido. Observa-se que a vulnerabilidade possui diversos sentidos para a Bioética, dentre eles: seria uma condição humana universal, em sua função nominal; uma característica particular de determinados indivíduos ou grupos de indivíduos, em sua função adjetiva; e também um princípio ético-universal (NEVES, 2006, p. 158-166).

Enquanto princípio ético, a vulnerabilidade exprime uma obrigação moral. Deste modo, exige uma proteção adequada aos indivíduos que estão vulneráveis no sentido adjetivo da palavra, através de uma ação positiva de acordo com as necessidades específicas de cada sujeito. Em sua função nominal, ou substantiva, descreve a realidade comum do homem. Isto é, é uma condição que constitui o ser humano que seria irredutível e inalienável, pois não poderia ser reduzida ou eliminada, ainda que haja um reforço da autonomia com o objetivo de mitigar os prejuízos que advém desta vulnerabilidade (NEVES, 2006, p. 165-169).

Já em sua função adjetiva, a vulnerabilidade seria uma característica particular, contingente e relativa que possui o fito de qualificar determinados grupos e pessoas. Embora em um primeiro momento a vulnerabilidade como característica tenha sido pensada apenas no âmbito da experimentação humana, o seu sentido foi expandido para abarcar as políticas de saúde e a assistência clínica (NEVES, 2006, p. 159-166).

Assim, verifica-se que alguns sujeitos ou grupos sociais estariam mais suscetíveis a sofrerem danos físicos ou psíquicos que outros, possuindo uma menor capacidade de defesa, por inúmeras razões. A exemplo de sujeitos em situação de vulnerabilidade, considerando seu sentido adjetivo, estariam as crianças, os adolescentes, as pessoas com deficiência e as pessoas idosas (PARANHOS *et al*, 2017, p. 935). Destaca-se que a vulnerabilidade do idoso decorre não apenas em razão do aspecto biológico, mas também devido ao aspecto social, que engloba situações culturais, econômicas e políticas (ALMEIDA, AGUIAR, 2011, p. 198).

Durante muito tempo, a pessoa idosa ocupava um *status* e poder social, que exigia da comunidade respeito e obediência, por sua experiência e sabedoria, que havia sido conquistada ao longo dos anos. Todavia, atualmente, percebe-se que a economia reduz a pessoa idosa a um indivíduo gerador de gastos previdenciários e a um obstáculo para os seus familiares. Ou seja, o envelhecimento populacional não acompanhou a valorização social do idoso: ao mesmo tempo que surgem diplomas normativos que dispõem sobre o respeito aos idosos, na prática, ocorre um descaso para com estes indivíduos, considerados como “pesos” para a sociedade (SAQUETTO *et al*, 2013, p. 519-523).

Ressalta-se que a pessoa idosa que necessita de um tratamento médico, se encontra em uma situação de dupla vulnerabilidade, pois além de fazer parte de um grupo social que constantemente sofre preconceitos e estigmas em razão da idade, também estaria vulnerável por se estar na condição de paciente no processo terapêutico (PARANHOS *et al*, 2017, p. 938).

Neste sentido, destaca-se a metáfora das capas de Florência Luna (2008, p. 10-13) que compreende que a conceituação de vulnerabilidade não deve ser pensada como “rótulo”, ou algo em preto e branco, mas deve partir da ideia de camadas de vulnerabilidades que coexistem em uma situação em concreto, sendo assim um conceito dinâmico e relacional. Identificar as múltiplas camadas que operam em um determinado caso, e remover – se possível - uma camada após a outra, possibilitaria uma maior facilidade na elaboração de estratégias para mitigar os aspectos negativos que uma situação de vulnerabilidade fomenta.

Os pacientes se encontram em uma maior situação de fragilidade em sua relação com os profissionais da Medicina. Estes indivíduos estariam mais vulneráveis em decorrência da enfermidade e em razão do poder da técnica, cujo médico seria detentor, que acaba ocasionando uma assimetria informacional nesta relação. Esta vulnerabilidade pode diminuir a habilidade do sujeito de tomar de decisões que dizem respeito à sua vida e saúde (SILVA, 2016, p. 74).

Vale evidenciar que estar – enquanto característica – ou ser – enquanto condição – vulnerável, não significa que o sujeito não seja autônomo. Um indivíduo que está vulnerável pode ter a sua autonomia afetada, mas nunca afastada (AGUIAR, 2012, 101). Os sujeitos tradicionalmente vulneráveis, considerados dependentes, como os idosos, embora em determinadas situações não possam não ser capazes de exercer de maneira plena a autonomia, isto é, de exercerem a sua liberdade e exprimirem suas vontades, devem ter seus desejos e integridades respeitados (DINIZ; GUILHEM, 2002, p. 29)

Destaca-se que a atuação do profissional de Medicina deve levar em consideração as condições de vulnerabilidades presentes para que o consentimento do paciente se dê o mais autonomamente possível. Logo, quanto mais vulnerável o paciente, isto é, quanto mais grave a vulnerabilidade existente naquela situação em concreto, maior deve ser o cuidado do médico para resguardar a autonomia daquele indivíduo (SILVA, 2016, p. 79-83).

Assim sendo, demonstra-se imprescindível a necessidade da empatia, da alteridade e do reconhecimento do multiculturalismo estarem presentes no discurso médico e na linguagem utilizada pelo profissional de Medicina, para que haja o estabelecimento de uma comunicação adequada que leve em consideração as vulnerabilidades presentes na situação em concreto.

### **3.2 A possibilidade de exercício do direito de não saber e de aplicação do privilégio terapêutico em pacientes idosos**

Deve-se compreender e reconhecer o processo de envelhecimento como uma fase natural do curso da vida, assim como todas as outras, que é inerente a todos os seres. As pessoas idosas também possuem as suas necessidades e desejos, que devem ser respeitadas e consideradas (FINEMAN, 2012, p. 140).

Valorizar o idoso e respeitar a sua autonomia é necessário, ainda que esta esteja limitada em certas situações. Atitudes na relação médico-paciente, como por exemplo, infantilizar este sujeito, ou agir como se este não fosse capaz de julgar o que é melhor para a sua vida, seriam repressíveis (ALMEIDA; AGUIAR, 2011, p. 205).

É preciso assegurar a autonomia do idoso e garantir o domínio de suas habilidades físicas, considerando-o como um sujeito que está inserido em sociedade e que possui vitalidade. Neste sentido, é preciso desenvolver uma maior consciência dos limites fisiológicos que decorrem do processo natural de envelhecimento, com o objetivo de evitar que seja retirado deste sujeito, o direito de direcionar a sua própria vida (SAQUETTO *et al*, 2013, 523).

Os idosos podem, e devem, ser administradores de suas vidas e de seu processo terapêutico, desde que estejam devidamente capacitados. É possível, inclusive, alcançar uma melhora nos resultados quando os pacientes idosos são incentivados a participar da tomada de decisões. O paciente idoso deve ser respeitado assim como qualquer outro indivíduo que precise de tratamento médico. Deste modo, deve ser assegurada a sua autodeterminação, levando em conta a sua vontade no processo terapêutico e o seu direito de ser informado de maneira adequada, compreensível e compatível com o seu estado especial de saúde (PARANHOS *et al*, 2017, p. 940-941).

Tendo em vista que deve ser assegurado o exercício da autonomia e o direito à informação do paciente idoso, pode-se defender que também seria possível os idosos exercerem o seu direito de não saber, ou seja, de renunciarem a transmissão de informações, uma vez que este direito ocorre em decorrência da própria autonomia do indivíduo.

Logo, o idoso necessita ter a sua opinião considerada nos casos em que optar por não ser informado, do mesmo modo que qualquer outro paciente que deseja exercer sua vontade autônoma de ter o pleno desconhecimento das informações médicas sobre sua saúde, salvo os casos que são uma exceção a este direito: quando for uma enfermidade grave para que seja adotadas medidas preventivas e em prol do interesse coletivo. Além disso, deve se observar a capacidade de discernimento deste indivíduo.

Todavia, em determinadas ocasiões, observa-se que o paciente idoso pode se encontrar na necessidade e dependência do cuidado do outro, em razão de suas fragilidades, o que pode conferir à família a responsabilidade sobre este paciente e o direito de decidir e consentir por este indivíduo. Seriam os casos em que é atestada a incompetência moral do paciente pelo médico e que se transfere a família o poder de decisão (MACEDO, 2020, p. 254-255).

Neste sentido, discute-se a possibilidade de a família decidir pelo idoso não saber uma determinada informação que poderia prejudicar a sua saúde ou se haveria a necessidade de pedir para o profissional de Medicina aplicar o instituto do privilégio terapêutico, ou seja, para que ele oculte a verdade, caso julgue que está irá gerar danos efetivos ao paciente, pois este instituto ocorre por percepção do médico.

Seria possível, sim, a família decidir pelo paciente não saber, mas apenas nas situações em que aquele paciente idoso esteja impossibilitado de exercer seu o inalienável direito de autonomia – como por exemplo, quando se encontra com a doença de Alzheimer - pois nestas situações, aqueles que o cuidam, como a família, assumem a responsabilidade de exercer este direito. Nestas circunstâncias, os seus familiares devem buscar ao máximo preservar a individualidade do paciente, transformando o cuidado na arte de prosseguir na construção do outro (BURLÁ *et al*, 2014, p. 91-92).

Haveria nestas situações um conflito entre os princípios da autonomia e da beneficência e da não-maleficência. O princípio da beneficência se constitui na obrigação moral de atuar sempre em benefício do outro e compreende o ato de fazer, ou promover, sempre o bem ao outro, assim como, a conduta de evitar e sanar males ou danos. Já o princípio da não-maleficência, determina a obrigação de não ocasionar danos intencionalmente e é associado na ética médica, à máxima hipocrática *Primum non nocere* – acima, ou antes, de tudo não ocasionar dano. Se limita, então, a abstenção intencional de executar ações que possam ocasionar danos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 209-282).

Pode-se entender que apenas nas situações em concreto em que há uma limitação da autonomia do indivíduo, prevaleceria os princípios da beneficência e da não-maleficência, uma vez que, nesses casos, o sujeito não teria condições de manifestar sua vontade de maneira livre e

esclarecida. Porém, diante de um indivíduo que não possui sua autonomia reduzida, é este quem deve decidir o que é bom para o seu bem-estar e para sua qualidade de vida (MUÑOZ; FORTES, 1998, p. 61-62).

Há quem defenda que nos casos em que a família deseja ocultar determinada informação do paciente não seria o exercício do direito de não saber – pois esta situação ocorre pela percepção do paciente que deve aceitar a ocultação, com todas as suas faculdades - mas seria o caso de um “Pacto de Silêncio” (TORTOLERO, 2018, p. 230). O “Pacto do Silêncio” pode ser definido como um acordo implícito ou explícito, que ocorre por parte da família, amigos e/ou profissionais, para que sejam alteradas informações a este paciente com o objetivo de ocultar o seu diagnóstico, prognóstico e/ou gravidade da situação (BARBERO, 2006, p. 23).

Em relação a aplicação do privilégio terapêutico em pacientes idosos, ressalta-se que esta é sim possível. Contudo, deve-se lembrar que este instituto ocorre pela percepção do médico e deve ser sempre excepcional, com o objetivo de alcançar o melhor interesse deste paciente. Ou seja, deve ocorrer apenas nas situações em que a comunicação da verdade pode piorar efetivamente o quadro clínico deste sujeito (MONCUR; LOVELL, 2018, p. 27). A regra consiste em dizer a verdade. Contudo, em certas ocasiões os males de se dizer a verdade seriam tantos, que se impõe a existência de uma exceção: o privilégio terapêutico - que só poderia ser justificado como uma exceção imposta pelas circunstâncias (GRACIA, 1995, p. 5).

Deve-se partir do pressuposto que este consiste em um instrumento terapêutico. Logo, o profissional deve sempre pautar a sua atuação com base na realidade concreta daquele sujeito e nunca em suposições, levando sempre em consideração o nível de cognição do paciente (CAIAZZA; JAMES, 2015, p. 7). Ressalta-se, então, a importância de avaliar a capacidade de discernimento do paciente, de maneira individual, bem como, a necessidade de se documentar todas as informações e as ocultações e mentiras flagrantes que ocorreram no caso concreto (CULLEY *et al*, 2013 p. 36).

Uma avaliação do risco, se valendo de ferramentas como uma comunicação adequada, não só com o paciente, mas também com a família, é interessante para o médico verificar real a necessidade de valer-se deste instituto durante o processo terapêutico (MONCUR; LOVELL, 2018, p. 27). Há, inclusive, quem argumente que além da comunicação com a família, com o objetivo de orientar e apoiar o profissional, deve ser exigido também o consentimento destes familiares para que este instituto seja aplicado (CULLEY *et al*, 2013 p. 36).

Cabe salientar que transmitir um diagnóstico ou prognóstico negativo a um paciente que não deseja saber, é algo tão malicioso quanto a instituição do “Pacto de Silêncio” ou privilégio terapêutico para um paciente que deseja ser informado (BARBERO, 2006, p. 25). Assim, observa-se a necessidade de serem pensados parâmetros de orientação para a aplicação destes limites ao dever de informar, tendo em vista a ausência normativa e de consenso doutrinário sobre diretrizes de utilização destas exceções.

Uma forma de assegurar o direito de não saber dos pacientes e de exercer do privilégio terapêutico de maneira apropriada, seria a aplicação de protocolos de comunicação, principalmente, os que envolvem a transmissão de notícias difíceis, como forma de orientação para o profissional. Estes instrumentos devem proporcionar ao médico o entendimento acerca do que o paciente sabe e o quanto quer saber.

Neste sentido, cabe evidenciar o protocolo SPIKES, desenvolvido inicialmente para o âmbito da oncologia, mas que pode ser aplicado a toda e qualquer a comunicação de notícias difíceis. Este protocolo possui o objetivo de coletar as informações do paciente, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao sujeito que necessita de cuidados e obter a sua

colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro. A segunda e a terceira etapa do protocolo SPIKES - *perception* (percepção) e *invitation* (convite) - consistem, respectivamente, na avaliação da percepção do paciente, por meio de perguntas abertas, e na obtenção do convite deste sujeito, ou seja, na identificação do quanto aquela pessoa deseja saber (BAILE *et al*, 2000, p. 1-7).

Deste modo, vale salientar que a utilização de protocolos, como o SPIKES, enquanto parâmetro de orientação, possibilitaria que a atuação do profissional médico ocorra de modo a garantir o exercício adequado direito de não saber do paciente e também para proporcionar a utilização do privilégio terapêutico de forma apropriada.

Todavia, embora a aplicação de protocolos seja importante para proporcionar uma boa comunicação e reduzir a assimetria informacional existente, é relevante destacar que a relação médico-paciente não se esgota através da criação e a aplicação de protocolos, em razão das subjetividades e particularidades envolvidas nos casos concretos (PRINCHAK; ALMEIDA, 2020, p. 36).

A interação do profissional com o enfermo supõe a oportunidade de crescimento mútuo, de ir além do estabelecido em um protocolo, uma vez que não existe um indivíduo igual ao outro, cada pessoa é um mundo e dentro de cada sujeito as mudanças das circunstâncias que afetam a saúde poderiam conduzir a novos rumos morais e clínicos. Uma comunicação adequada, baseada na empatia, deve estar sempre presente, pois consiste em ferramenta básica da relação médico-paciente (BARBERO, 2006, p. 26-27).

Assim, embora sejam sugeridos protocolos, como forma de orientar a conduta do médico na aplicação do privilégio terapêutico e para perceber quando se trata de uma situação legítima em que o desejo o exercício do direito de não saber pode ser exercido, estes não consistem nos únicos parâmetros de orientação. Independente da elaboração de diretrizes, a comunicação entre médicos e pacientes, ainda mais nas situações que envolvem pessoas idosas, deve ser sempre pautada no exercício constante da empatia e da alteridade para que o profissional possa identificar as reais necessidades do indivíduo que necessita de seu cuidado, e também reconhecer as diferenças existentes no caso concreto para mitigá-las.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que a autonomia e a informação consistem em elementos essenciais na relação entre médicos e pacientes. Deste modo, as decisões e escolhas individuais dos sujeitos, durante o processo terapêutico, devem ocorrer independentemente de interferências controladoras e serem respeitadas. Ademais, como pressuposto da autonomia, tanto o profissional, quanto o paciente, devem cumprir com o seu dever de informação para a obtenção do consentimento livre e esclarecido e para que seja proporcionada uma melhor solução possível ao caso concreto, tendo em vista que se trata de obrigação de natureza mútua.

Contudo, é perceptível que o direito à informação do paciente não é absoluto. Assim, em determinadas circunstâncias seria possível observar limites, ou exceções, ao dever de informar do médico, e dentre essas situações excepcionais cabe evidenciar o direito de não saber e o privilégio terapêutico.

O direito de não saber consiste em uma consequência do próprio princípio da autonomia, que envolve o direito ao pleno conhecimento e também ao pleno desconhecimento. Assim, seria legítimo o paciente decidir por renunciar o seu direito de ser informado. Todavia, ressalta-se que é necessário que seja feita uma análise da capacidade de discernimento deste sujeito, bem como,

que haja ao menos a informação em um nível abstrato. Também precisa que seja analisado se está enquadrado nas exceções da renúncia: doença grave que necessita da adoção de medidas preventivas ou que pode colocar em risco a saúde e/ou vida de terceiros.

Já o privilégio terapêutico, seria uma situação que ocorre por percepção do médico e que envolve a ocultação ou deturpação da verdade com o objetivo de alcançar o bem-estar do paciente. É importante evidenciar que este instituto deve ser utilizado com demasiada cautela, ou seja, apenas quando a transmissão total das informações puder ocasionar uma piora efetiva no estado de saúde do paciente, em razão de seu caráter excepcional. O nível de cognição do paciente também deve ser levado em consideração.

Entende-se pela possibilidade do exercício do direito de não saber por pacientes idosos, caso haja a capacidade de discernimento, tendo em vista que estes sujeitos devem ter a sua autonomia respeitada, assim como qualquer outro indivíduo que se encontre na condição de paciente. Nos casos em que a família que deseja ocultar determinada informação, acrescenta-se que é possível apenas quando o paciente idoso se encontra impossibilitado de exercer o seu direito à autodeterminação. Além disso, também haveria possibilidade da aplicação do privilégio terapêutico em pacientes idosos, mas somente de modo excepcional, quando contar a verdade for prejudicial à saúde deste indivíduo.

Em razão da ausência de leis específicas e de um consenso doutrinário acerca do assunto, sugere-se a adoção de protocolos de comunicação como parâmetros de orientação para que se aplique o privilégio terapêutico e se exerça o direito de não saber de modo adequado. Dentre estes protocolos, destaca-se o protocolo SPIKES, voltado para a comunicação de más-notícias. Todavia, deve-se observar que a simples utilização de protocolos, embora seja importante, não seria suficiente, em razão das especificidades existentes nos casos concretos. Assim, demonstra-se imprescindível que a empatia, a alteridade e o multiculturalismo estejam presentes na comunicação entre médicos e pacientes para que se possa aplicar e exercer estas exceções ao dever de informar adequadamente.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Mônica. 2002+10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues. (Coord.) **Temas relevantes do direito civil contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do Código Civil**. São Paulo: Atlas, 2012. p. 86-101.

AGUIAR, Mônica; MEIRELES, Ana Thereza. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira do Direito Animal**, Salvador-BA, v. 13 n° 1, 2018 Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/26220>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ALMEIDA, Aline Branco Amorim de; AGUIAR, Maria Geralda. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Revista Bioética**. Brasília, v. 19 , n. 1 , 2011. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533255013.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

ANDORNO, R. The right not to know: an autonomy based approach. **Journal of Medical Ethics**. V. 30, n. 5, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733927/pdf/v030p00435.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ANJOS, Márcio Fabri dos. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**. V. 2, n. 2, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7967>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles. A Informação na relação médico-paciente: o delineamento da obrigação mútua face ao argumento da vulnerabilidade. In: **Anais do XXVII Encontro Nacional do CONPEDI**, 2018. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/Ods65m46/kz37jz13/kIL5YD8yCe3ObVLU.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; FERNANDES, Lyellen Silva. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. **Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário**. V. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/645>. Acesso em: 02 jun. de 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; LINS-KUSTERER, Liliane. Pressupostos fundamentais da recusa a tratamento médico na assistência à saúde. **Revista da AGU**. Brasília, v. 19, n. 4, 2020. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Rev-AGU\\_v.19\\_n.04.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-AGU_v.19_n.04.pdf). Acesso em: 02 jun. 2021.

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; SILVA, Mônica Neves Aguiar da. Prática médica e diretivas antecipadas de vontade: uma análise ético-jurídica da conformação harmônica entre os pressupostos autonomia e alteridade. **Revista Jurídica CESUMAR**. v. 17, n. 3, 2017. Disponível em <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/5686>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BAILE, Walter F., *et al.* SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**. v. 5, n. 4, 2000. Disponível em <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1634/theoncologist.5-4-302>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BARBERO, J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. **Anales Sis San Navarra**. Pamplona, v. 29, supl. 3, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/ibc-052273>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico paciente e sua prova**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo (USP). 2012. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/pt-br.php>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BLACKHALL, Leslie J., *et al.* Bioethics in a different tongue: The case of truth-telling. **Journal of Urban Health**, v. 78, n. 1, 2001. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1093%2Fjurban%2F78.1.59>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BURLÁ, Claudia, *et al.* Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. **Revista Bioética**. Brasília, v. 22, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.re-dalyc.org/pdf/3615/361533264008.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CAIAZZA, Roberta; JAMES, Ian Andrew. Re-defining the notion of the therapeutic lie: Person-centred lying. **Faculty of the Psychology of Older People (FPOP) Newsletter**. N. 130, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/303767380\\_Re-defining\\_the\\_notion\\_of\\_the\\_therapeutic\\_lie\\_Person-centred\\_lying](https://www.researchgate.net/publication/303767380_Re-defining_the_notion_of_the_therapeutic_lie_Person-centred_lying). Acesso em: 01 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução 2.217, de 27 de setembro de 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CULLEY, Helen, *et al.* Therapeutic lying in dementia care. **Nursing Standard**. V. 1, n. 35, 2013. Disponível em: <https://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2013.09.28.1.35.e7749>. Acesso em: 01 jun. 2021.

DAVIES, Ben. The right not to know and the obligation to know. **Journal of Medical Ethics**. V. 46, n. 5, 2020. Disponível em: <https://jme.bmj.com/content/46/5/300>. Acesso em: 01 jun. 2021.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**, Editora Brasiliense, São Paulo 2002.

EDWIN, Ama Kyerewa. Don't Lie but Don't Tell the Whole Truth: The Therapeutic Privilege - Is it Ever Justified?. **Ghana Medical Journal**. V. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673833/pdf/GMJ4204-0156.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

FABBRO, Leonardo. Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente. **Revista Bioética**. Brasília, v. 7, n. 1, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/286/425](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/286/425). Acesso em: 01 jun. 2021.

FINEMAN, Martha Albertson. 'Elderly' as Vulnerable: Rethinking the Nature of Individual and Societal Responsibility. **Emory University School of Law Legal Studies Research Paper Series**. N. 12-224, 2012. Disponível em: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2088159](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2088159). Acesso em: 01 jun. 2021.

GERT, Bernard; CULVER, Charles M. Paternalistic Behavior. In: COHEN, Marshall (coord.). **Medicine and Moral Philosophy: Philosophy and Public Affairs**. Princeton, New Jersey, 1982. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/9781400853564>. Acesso em: 01 jun. 2021.

GRACIA, Diego. Ética Médica. In: ROZMAN C., FARRERAS, P. (coord.). **Medicina Interna**. Ed. 13, 1995.

HABERMAS, Jürguen. **A Ética da discussão e a questão da Verdade**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, LDA, 2007.

KUHN, Thomas Samuel. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 5 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. **Jurisprudencia Argentina**, IV, fascículo n. 1, 2008. Disponível em: [http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacion/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna\\_F%5B1%5D.\\_Vulnerabilidad\\_la\\_metáfora\\_de\\_las\\_capas.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Capacitaciones%20Comit%20de%20tica%20para%20la%20Investigacion/6%20Sesi%C3%B3n%2016%20julio%202014/Luna_F%5B1%5D._Vulnerabilidad_la_metáfora_de_las_capas.pdf). Acesso em: 02 jun. 2021.

MACEDO, Juliana Lopes de. A mentira terapêutica e o silenciamento do idoso e do morrer. 2020. **Sexualidad, salud y sociedad**. Rio de Janeiro, n. 35, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/52904/35145>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MONCUR, Thomas; LOVELL, Andy. The Therapeutic Lie: A reflective account illustrating the potential benefits when nursing an elderly confused patient. **Australian Nursing and Midwifery Journal**. V. 25, n. 7, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10034/620881>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MORAES, Maria Celina Bodin de; CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. **Pensar – Revista de Ciência Jurídica**. Fortaleza, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/3433>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MOUREIRA, Diogo Luna. O reconhecimento e a legitimação da autonomia privada aplicada ao biodireito. In: **Anais do XVI Congresso Nacional do CONPEDI**. Manaus, 2008. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, Sérgio I. Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Alteridade e deveres fundamentais: uma abordagem ética. **Revista Direitos Fundamentais e Alteridade**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ucsul.br/index.php/direitosfundamentaisalteridade/article/view/429>. Acesso em: 02 jun. 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. As Comissões de Ética Hospitalares e a Institucionalização de Bioética em Portugal. **Revista Bioética**. Brasília, v. 2, n. 1, 2009. Disponível em: [https://revis-tabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/427/495](https://revis-tabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/427/495). Acesso em: 01 jun. 2021.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição e princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. V.2, n.2, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 01 jun. 2021.

NILO, Alessandro Timbó; SILVA, Monica Aguiar. A relação paciente-médico: por uma nomenclatura bioética. **Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas**. V. 19, n. 35, 2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d80a/1283f3e9a412cf8191040ffdf0fcd982c7b7.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

OCHOA, Francisco Bernate. Deber de Información, Consentimiento Informado y Responsabilidad en el ejercicio de la actividad médica. In: **Ideas políticas filosofía y derecho: el maestro: liber amicorum en homenaje a Alirio Gómez Lobo**, 2006. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/conteudo/deber-de-informaci%C3%B3n-consentimiento-informado-y-responsabilidad-en-el-ejercicio-de-la-activ>. Acesso em: 01 jun. 2021.

PARANHOS, Denise Gonçalves de Araújo Mello e, *et al.* Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jats-Repo/4062/406264572007/406264572007.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Portugal. 2003. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89350>. Acesso em: 01 jun. 2021.

PRINCHAK, Henrique Costa; ALMEIDA, Marina Silva. A aplicabilidade das técnicas da Comunicação Não-Violenta como forma de prevenção de conflitos derivados da relação médico-

paciente. In: SADY, Gabriela; SILVA, Lucas Macedo; COLOSSI, Lizandra. **Diálogos sobre Advocacia Consensual em Direito Médico**. Editora Paginae, Salvador, 2020.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 48 de 1995. **Código Penal**. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230200/73473284/di-plomaExpandido>. Acesso em: 02 jun. 2021.

PÓZON, Sergio Ramos. Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. **Revista Bioética**. Brasília, v. 23, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361535344003>. Acesso em: 02 jun. 2021.

REQUIÃO, Maurício. Do principalismo aos princípios: a dignidade da pessoa humana como princípio bioético. In: **Anais do XVIII Encontro Nacional do CONPEDI**, 2009. Disponível em: [http://www.conpedi.org.br/anais/36/11\\_1373.pdf](http://www.conpedi.org.br/anais/36/11_1373.pdf). Acesso em: 02 jun. 2021.

RICHARD, Claude, *et al.* Therapeutic privilege: between the ethics of lying and the practice of truth. **Journal of Medical Ethics**. V. 36, n.6, 2010. Disponível em: <https://jme.bmj.com/content/36/6/353>. Acesso em: 02 jun. 2021.

SAQUETTO, Micheli, *et al.* Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Revista Bioética**. Brasília, v. 21, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533263016>. Acesso em: 02 jun. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado – Editora, 2012.

SCHWANKE, Carla H. A.; FEIJÓ, Anamaria F. S. Cuidando de cuidadores de idosos. **Revista Bioética**. Brasília, v. 14, n. 1, 2006. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/9/12](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/9/12). Acesso em: 02 jun. 2021.

SEGRE, Marco, *et al.* Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia. **Revista Bioética**. Brasília, v. 6, n. 1, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/321](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/321). Acesso em: 02 jun. 2021.

SILVA, Mônica Neves Aguiar da. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. **Revista de Biodireito e Direitos dos Animais**. Brasília, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/273>. Acesso em: 02 jun. 2021.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil**. Belo Horizonte, v. 16, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232/214>. Acesso em: 02 jun. 2021.

TORTOLERO, Noelia Manjón. Conspiración de silencio: ¿ayuda o agonía? = Conspiracy of silence: aid or agony?. **Revista Española de Comunicación En Salud**. V. 9, n. 2, 2018. Disponível em: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4294/3018>. Acesso em: 02 jun. 2021.

VASCONCELOS, Camila; GARRAFA, Volnei. Reflexões ético-legais sobre os desafios ao dever médico na assistência ao paciente vulnerável sociais. **Revista Latinoamericana de Bioética**. V. 17, n. 33, 2017. Disponível em: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/2782/2504>. Acesso em: 02 jun. 2021.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**. Brasília, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/611](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611). Acesso em: 02 jun. 2021.