

A RECONFIGURAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DIANTE DOS CONTEÚDOS DISPONÍVEIS NA *INTERNET*: O DELINEAMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL

RECONFIGURING THE DUTY OF INFORMATION IN THE MEDICAL-PATIENT RELATIONSHIP BEFORE THE CONTENT AVAILABLE ON THE INTERNET: THE DRAFTING OF THE PROFESSIONAL'S ASSIGNMENTS

SILVA, Ionadja Karen Garibalde Jackson¹
MEIRELLES, Ana Thereza²

RESUMO: O presente trabalho visa analisar, mediante pesquisa qualitativa, a compreensão acerca dos impactos da *internet* na relação médico-paciente considerando a necessidade de reconfigurar o dever de informação. O recurso à *internet* tem sido cada vez mais utilizada como fonte de pesquisa e meio de comunicação quando o assunto é saúde. No entanto, com maior atenção, percebe-se que o implemento da *internet* potencializou o dever de informar pelo profissional e fomentou a busca de um novo comportamento diante do surgimento de um atual perfil de paciente: os cibercondríacos. Assim, o objetivo deste estudo foi alinhar os desdobramentos da *internet* na relação médico-paciente, abordando os riscos potenciais à adesão ao autotratamento diante dos conteúdos disponíveis em portais de saúde, e determinar as principais formas de adequação do profissional para com as informações disseminadas em *website*. No que tange à qualidade das informações disseminadas no âmbito virtual é imprescindível a padronização da publicação médica e adequação de *sites* que dispõem elementos informativos sobre saúde. Ao utilizar um padrão científico ou selo de certificação por entidade reguladora tem-se formas de garantir ao indivíduo que essa página virtual é de confiança e possui credibilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Relação médico-paciente; Internet; Informação; Deveres do médico.

ABSTRACT: The present work aims to analyze, through qualitative research, the understanding of the impacts of the Internet on the doctor-patient relationship considering the need to reconfigure the duty of information. The use of the Internet has been increasingly used as a source of research and means of communication when the subject is health. However, with greater attention, it is perceived that the implementation of the Internet has strengthened the duty to inform by the professional and encouraged the search for a new behavior in the face of the emergence of a new patient profile: cyberchondriacs. Thus, the objective of this study was to align the developments of the Internet in the doctor-patient relationship, addressing the potential risks of adherence to self-treatment in the face of the contents available in health portals, and determine the main ways of adapting the professional to the information disseminated on the website. Regarding the quality of the information disseminated in the virtual environment, it is essential to standardize the medical publication and the adequacy of sites that have information about health. When using a scientific standard or certification seal by a regulatory authority, there are ways to guarantee to the individual that this virtual page is reliable and has credibility.

KEYWORDS: Doctor-patient relationship; Internet; Information; Doctor's duties.

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Endereço eletrônico: nadjagaribaldi@gmail.com

² Pós-Doutoranda em Medicina pelo Programa de Pós- Graduação de Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e da Faculdade Baiana de Direito. Endereço eletrônico: anathereameirelles@gmail.com

SUMÁRIO: INTRODUÇÃO 2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE 2.1 ASCENSÃO DA AUTONOMIA 2.2 A SUPERACÃO DA RELAÇÃO PATERNALISTA 3 O DIREITO À INFORMAÇÃO 3.1 DO CONSENTIMENTO INFORMADO 3.2 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE DO PACIENTE 4 A INTERNET E A RECONFIGURAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO PELO MÉDICO 4.1 SEGURANÇA DAS INFORMAÇÕES NA INTERNET 4.2 CIBERCONDRIA 5 CONCLUSÃO REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é considerada o elemento central dos princípios éticos da medicina. Tal relação geralmente é desenvolvida quando um médico atende às necessidades clínicas do paciente por meio de *check-up*, diagnóstico e tratamento de maneira agradável. Devido a essa relação, o médico deve ao paciente a responsabilidade de prosseguir em direção à doença ou concluir o tratamento de forma adequada e efetiva.

Não obstante, o exercício da medicina vem impondo aos profissionais da saúde novos desafios em virtude da inclusão de elementos próprios da contemporaneidade no vínculo com seu paciente. Um dos elementos, destaca-se, neste estudo, o recurso à *internet* para obtenção de informações sobre saúde, com a decorrente reformulação nos modelos de decisões diante uma nova realidade no âmbito da clínica médica.

O Código de Ética Médica, com sua natureza deontológica tradicional, recentemente revisada, tiveram como referência a bioética, insuficiente para responder aos grandes problemas de saúde dos países periféricos ou em desenvolvimento. Outros formatos, no entanto, são possíveis - por exemplo, os que consideram os fundamentos pluralistas propostos por autores e grupos acadêmicos latino-americanos.

A bioética latino-americana aponta os caminhos do pluralismo histórico e abordagens multi, inter e transdisciplinares pela renovação do debate ético, priorizando os princípios de justiça e equidade no âmbito da saúde no cenário brasileiro.

Este artigo propõe uma reflexão sobre a reconfiguração do dever de informação na relação médico-paciente diante dos conteúdos disponíveis na *internet*: o delineamento das atribuições do profissional considerando os aspectos históricos que moldam as profissões e seus códigos, bem como as razões para o não progresso da revisão do Código de Ética Médica e a evolução da bioética no Brasil.

Tal reflexão, quando se adentra no campo médico, questiona-se se há necessidade de uma nova reconfiguração do dever de informação pelo médico diante das informações sobre saúde disponíveis na *internet*, e quais são as novas atribuições do profissional diante deste contexto?

Estas indagações embasam o presente artigo, sendo elucidado mediante um estudo analítico das situações cerceadas a esse tema.

O estudo justifica-se na possibilidade de fomentar discussões sobre as novas atribuições que o profissional possui em face da abrangência das informações sobre saúde em *website*. Saliencia-se que é imperativo ao médico garantir, por meio de um processo informativo, informações de qualidade e acessíveis ao entendimento do paciente, demonstrando os riscos, benefícios e possíveis consequências. Além disso, informar sobre as questões de saúde, diagnóstico e prescrição para que restabeleça o elo de confiança na relação médico-paciente por suprir as divergências originadas por pesquisa na *internet*, garantindo, assim, respeito à autonomia para decidir acerca do tratamento terapêutico.

Foi desenvolvida uma pesquisa de caráter qualitativo e método hipotético-dedutivo com abordagem direta, em que foi desenvolvida a fundamentação teórica a partir da revisão da literatura existente: livros, revistas e periódicos científicos, doutrina, sobretudo na área jurídica.

2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente é caracterizada como uma das interações mais complexas existentes nas relações humanas. Isso decorre em razão da fragilidade do paciente, principalmente no processo de adoecer, outrossim, no quesito medicina, prevenção, tratamento e cura. A base desse vínculo, contudo, encontra-se fundamentos teóricos na tradição hipocrática, onde, através deste período histórico, o médico desempenhava uma postura paternalista com relação ao assistido, enquanto este obedecia, integralmente, todos os comandos que lhe eram oferecidos, sem pestanejar.

Nesse segmento paternalista, a relação médico-paciente visava o puro benefício do humano, tendo em vista à pessoa e não simplesmente a doença, *per se*. Ou seja, o profissional buscava entender não só a doença que acometia o indivíduo, como também todo contexto familiar em que se encontrava. Observa-se que tal situação também é retratada na pintura no quadro “O médico de Sir Samuel Luke Fildes (1891)”, que traduz aos aspectos semióticos de paixão e persuasão, figura-se o médico como ser paterno, aquele que era o único detentor do saber. (GALVÃO, 2006, p. 4).

O paternalismo hipocrático é resultado da interação assimétrica entre o médico e o paciente, e se caracteriza pela fragilidade desse e pela força do médico. Assim, dentro dessa relação, o médico agiria unilateralmente, justificando-se pela ideia de que sabia o melhor para

o paciente, considerando que este não estava preparado para saber o que era o melhor para si. (BEIER, IANNOTTI, 2010, p.388).

Nesse contexto, à luz dos princípios bioéticos, observa-se que a beneficência é exercida pelo saber e o paternalismo pelo poder. Se encarada dessa forma, a autonomia do paciente se esvai. Isso mostra que o exercício em absoluto do princípio da beneficência aniquilaria a manifestação da vontade do paciente. Esse contexto ratifica que existe vinculação entre a beneficência e a autonomia. (SILVA, 2013, p.61).

Desse modo, mudanças substanciais na relação médico-paciente foram necessárias para romper com os paradigmas paternalistas, sobretudo na mentalidade mítica pelo qual se apresentava o médico. Tais mudanças priorizaram na incrementação de um método de estabelecimento de relações humanas ao desenvolver um processo comunicacional. Esse recurso “exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento.” (CAPRARA, FRANCO, 1999, p. 651).

2.1 ASCENSÃO DA AUTONOMIA

Antes de adentrar na apresentação sobre a ascensão da autonomia, faz-se necessário trazer à baila a sua definição. Etimologicamente, o signo autonomia é uma palavra que vem do grego *autos*, que significa “próprio, si mesmo” e *nomos*, como sendo utilizada pela referência à de autogestão. Ou seja, configura-se como o direito de poder gerir sua própria vida, respeitando a capacidade de cada ser humano fazer suas próprias escolhas sem qualquer interferência. (WANSSA, 2011, p.109).

Autonomia consiste, portanto, na liberdade em decidir todo o processo decisório, “no autogoverno, em manifestação da subjetividade, em elaborar as leis que guiarão a sua vida e que coexistirão com as normas externas ditadas pelo Estado.” Assim, os indivíduos livres e em exercício de sua autonomia possuem o propósito de alcançar interesses comuns e coletivos dentro da convivência em um Estado Democrático de Direito. (TEIXEIRA, 2018, p.95).

A conceituação da autonomia traz como pressuposto o reconhecimento de todo o indivíduo como ser imbuído de prerrogativa para o exercício de sua autonomia. Convém afirmar que a ideia de autonomia está intrinsecamente ligada à condição da humanidade, como também é inerente à capacidade humana. (MEIRELES, AGUIAR, 2017, p.729).

Contudo, é necessário evidenciar o princípio da beneficência em situações que a capacidade de discernimento e funcionalidade for mitigada. Para isso, um mediador deve atuar

em prol do enfermo. Assim, a autonomia deve coadunar à beneficência, no sentido de uma reconstrução biográfica da pessoa. (TEIXEIRA, 2018, p.93 - 94).

A análise desse princípio é perceptível nas regras de conduta social, como o respeito pela privacidade de outrem, assim como na concessão de anuência para intervir no corpo de indivíduo distinto. Também é compreendido em regras particulares, tal como o respeito pela vontade livre do paciente de fazer escolhas em relação ao procedimento a ser adotado pelo profissional. (SILVA, 2013 p.49).

Além disso, essa vontade expressada de forma livre deve ser alicerçada na informação completa, adequada e pautada na verdade. Na relação médico-paciente o processo de interação humana que envolve confiança e responsabilidade, ambos os intérpretes desse vínculo, deve alcançar respeito mútuo à autonomia do outro.

Na época hipocrática, cujo paternalismo era segmento vigente, a manifestação da autonomia sobre atos concernentes a saúde era restrita, pois se acreditava que o paciente não possuía sabedoria para discernir o que era melhor para si. Cabia ao médico a incumbência de impulsionar o bem para o doente, através de benefício de sua ação. (SILVA, 2013 p.61).

Diante da precisão de estabelecer uma relação empática e participativa entre o médico e paciente tornou-se inadmissível a configuração paternalista hipocrática, baseada na interação assimétrica e unicamente na beneficência. Isso decorreu por questionamentos sobre dilemas morais que pairavam sobre a ética médica tradicional, sobretudo na postura do médico em face do assistido. Ressalta-se que a ética médica tradicional se sustentou na tradição deontológica paternalista. (SILVA, 2013, p.82).

Essas indagações foram os percursos para que o paciente passasse a ser reconhecido como ente moral autônomo, capaz de se manifestar a respeito da aceitação ou da recusa de determinado procedimento médico. Doravante, iniciou-se, gradativamente, a participação ativa do assistido no parecer do profissional em face do diagnóstico e prognóstico. (BEIER, 2010, p. 247 - 248).

A partir desse fato, sucedeu à necessidade de uma mudança epistêmica na ética médica, principalmente em nova estruturação dos direitos para aqueles que estão em posição de vulnerabilidade, bem como a recondução ao princípio de respeito à autonomia e do consentimento livre e esclarecido. É de se considerar que as intervenções sem a anuência do paciente seria uma violação ao direito da autonomia do indivíduo. (BIER, 2010, p.247).

Destaca-se que a relação médico-paciente acompanhou a progressão desses processos evolutivos, conduzindo a interação por um método comunicacional e aderindo um estabelecimento de relações humanas com o indivíduo. Ademais, a incorporação do referencial

da autonomia contribuiu substancialmente para grandes avanços dessa relação diametralmente opostos diante da prática médica vivenciada anteriormente. (COSTA, AZEVEDO, 2019, p.261).

É imperioso frisar que o reconhecimento dos direitos específicos do paciente favoreceu para advento de vários processos de questionamento da ética médica, essencialmente deontológica. O reconhecimento dos direitos fundamentou-se na beneficência, cujo dever é de não lesar outra pessoa, de cuidar da saúde, bem como de favorecer uma melhor qualidade de vida ao paciente, no âmbito médico.

O princípio da beneficência é o mais antigo da ética médica e da bioética e remonta diretamente a Hipócrates. Para os bioeticistas Beauchamps e Childress, esse princípio “refere-se à obrigação moral de agir em benefícios dos outros, promovendo seus interesses legítimos e importantes.” (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.282).

A beneficência juntamente ao da não maleficência acompanhou a prática médica por um período extenso da história da medicina. Assim, a beneficência foi o marco para desenvolvimento de novas técnicas, o que possibilitou na ajuda ao paciente sobre situações de sua vida, outrossim, na abertura para um novo modelo, a autonomia. (BIER, 2010, p.247).

Ainda mais, a importância da beneficência está intrinsecamente ligada à própria atividade médica. Os atos desse profissional de beneficiar outro ser, ajudar e a praticar o bem, quando empregado de forma excessiva acaba somente por agregar o parecer do médico, esquecendo, por vezes, da oitiva do paciente. Nesse ponto, verificam-se traços paternalistas como consequência da extrapolação de limites motivada por boas intenções. (SILVA, 2013, p.60).

Todavia, apesar dessas ações serem benevolentes, há de se considerar que o paciente se encontra em posição de vulnerabilidade. Nessa situação, percebe-se que para ele não existe outra opção a não ser obedecer, integralmente, aos comandos ditos pelo profissional. Por esse motivo, o princípio da beneficência, embora imprescindível à conduta médica, não pode ser exercido em absoluto, ponto de anular a figura do paciente. (WANSSA, 2011, p.247).

Da mesma forma ocorre em situações em que o próprio paciente entrega ao profissional a liberdade de fazer escolhas diante da situação em que se encontra. Contudo, mesmo que o paciente permita que o médico tenha atitude paternalista, deve existir informação com base na comunicação que é um aparato para humanização e agir ético. (SILVA, 2013, p.70).

Não obstante, ao tratar do princípio supradito, a bioética principialista de Beauchamps e Childress, traz em sua obra *Princípios de Ética Biomédica* quatro princípios que norteiam o agir moral na ética médica e que permitem a formulação de regras específicas de conduta. Nessa

obra, consagraram o uso dos princípios na abordagem de dilemas e problemas bioéticos. São eles: o princípio ao respeito à autonomia, da não maleficências, da beneficência e da justiça. (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.55).

Esses princípios são tidos como balizadores da atividade médica cuja finalidade se pauta em deliberar sobre os dilemas morais na prática médico-assistencial. Além disso, são imprescindíveis para a garantia dos direitos inerentes aos pacientes que foram assegurados na Declaração Universal de Direitos Humanos, em 1948. (WANSSA, 2011, p.106).

Destarte, diante da menção sobre a importância dos princípios bioéticos, torna-se importante enfatizar sobre princípio ao respeito à autonomia, visto que o seu advento deslocou paulatinamente os princípios da beneficência e da não-maleficência presentes na relação médico e paciente. Desta maneira, o processo de ascensão da autonomia se desdobra a partir de três elementos essenciais já supracitados, tais como, primeiramente, na figura jurídica do médico pautado na negligência e imperícia; por outro, na intervenção do corpo do paciente sem o seu consentimento e, por último, na definição axiomática do consentimento esclarecido. (WANSSA, 2011, p.109).

O consentimento esclarecido requer do profissional que as informações sejam claras e de fácil compreensão. A informação é a base necessária para decisões autônomas do paciente, ou seja, poder consentir ou recusar os procedimentos adotados pelo médico. Por outro lado, a falta de informação ao alcance de entendimento do indivíduo é apontada como uma negligência ao princípio ético da autonomia do paciente. (BERGSTEIN, 2012, p.146).

A autonomia, como já mencionado inicialmente, é o direito de poder deliberar sobre sua vida, de possuir à autogestão. Além disso, a expressão da autonomia no indivíduo abrange algumas condições, tais como a sua saúde, estado psicológico, condição financeira, aspectos culturais e educação. Todos esses requisitos implicam na capacidade de raciocínio, compreensão, tomada de decisão, independência de controles externos, internos e submissão ao seu próprio plano de ação. (SILVA, 2013, p.56).

Há de salientar que a autonomia é um direito de todos os sujeitos. Por isso, para que haja restrição da autonomia é fundamental a criação de outro direito de modo que seja demasiadamente mais importante ou valioso. Além disso, a garantia da autonomia depende da ausência de interferência indevida, assim como de um meio favorável para o seu exercício diante da vulnerabilidade. (SANT'ANA, 2015, p.38).

Desse modo, a autonomia é um dos sustentáculos dos direitos fundamentais do homem, da vida moral e do direito de personalidade. A sua ascensão consagrou a liberdade moral, o livre arbítrio, a capacidade de reflexão e de autogestão. Destaca-se, também, que a autonomia

“é um meio de concretização da dignidade da pessoa humana, é uma forma de efetivação de escolhas simples ou escolhas complexas, é um atributo essencial ao desenvolvimento da existência plena do ser humano.” (AGUIAR, MEIRELES, 2018, p.136).

2.2 A SUPERACÃO DA RELAÇÃO PATERNALISTA

Pode-se conceituar o paternalismo como sendo a “interferência do profissional de saúde sobre a vontade de uma pessoa autônoma, mediante ação justificada por razões referidas, exclusivamente, ao bem-estar, alegria, necessidades, interesses ou valores da pessoa que está sendo tratada.” (FORTE, MUÑOZ, 1998, p.61).

O paternalismo, no âmbito da medicina, surgiu nos fundamentos hipocráticos, tendo em vista na concepção de que o médico deve agir sem causar dano e, ao mesmo tempo, evitar o sofrimento do paciente enquanto não finda a sua doença. Nessa situação, o método de comunicação é o unidirecional, pois cabia somente ao médico o direito de expor a sua opinião, limitando, assim, a vontade autônoma do paciente. (CAPRARA, FRANCO, 1999, p.651).

Para os bioeticistas Beauchamps e Childress, em seu livro *Princípios de Ética Biomédica*, traduz duas formas de comportamento paternalista, o paternalismo fraco e o paternalismo forte. De modo simplificado, o primeiro é aquele que restringe a autonomia em favor da beneficência, enquanto o segundo é aquele exercido em indivíduos plenamente capazes. (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.301-302).

Segundo esses autores, no paternalismo fraco, “um agente intervém por beneficência ou não maleficência apenas para prevenir uma conduta substancialmente não voluntária.” Essas intervenções só são possíveis se o indivíduo estiver com alguma de suas habilidades comprometidas, evento que torna impossível tomar decisão, em posse da informação, sem lhe causar dano. (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.301).

Em contraposição, o paternalismo forte segundo esses bioeticistas, “envolve intervenções com o fim de beneficiar uma pessoa a despeito do fato de que as escolhas arriscadas sejam informadas, voluntárias e autônomas.” Nesse modelo de comportamento, por sua vez, consiste na ausência de informação disponível, com o intuito de proteger o indivíduo, em face da restrição dos seus desejos, escolhas e suas ações autônomas e voluntárias. (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.302).

Dessa forma, a conduta paternalista, tantas vezes, dentro da relação médico-paciente é evidenciada pela conduta do profissional por acreditar que sua ação é benéfica a outrem, de modo que a sua ação não violaria nenhum princípio ético ou regra moral. Essa circunstância

advém, pois, ao médico estava incumbido de promover o bem ao doente, o que se alinha ao juramento hipocrático.

Além do mais, no que concerne a conduta médica paternalista, salienta-se que sua atitude fere sensivelmente a natureza humana, visto que a liberdade do paciente era restringida. Ou seja, a autonomia do paciente era limitada, assim como sua vontade ou seus interesses deixaram de ser respeitados.

Nesse ponto de vista, pode-se inferir que a relação paternalista é resultado da interação assimétrica, baseada puramente na beneficência, existente entre o médico e paciente, uma vez que o assistido se encontra em posição de fragilidade, enquanto o profissional em exercício de sua autoridade.

A superação do paternalismo é evidenciada pelo reconhecimento da autonomia do paciente. A valorização desse princípio modificou, substancialmente, os padrões morais da conduta do médico paternalista, pelo qual propulsionou para uma nova forma de relacionamento mais engajada em instituir um maior significado ao outro, pautado na ética da comunicação e da responsabilidade.

Dessa forma, a relação médico-paciente em face da concessão da autonomia do assistido reestruturou toda a conjectura dessa interação, posto que permitiu que o paciente pudesse atuar como coparticipe na autogestão do seu corpo e demais escolhas terapêuticas. Isso ocorreu, principalmente, a partir do acesso à informações claras e precisas sobre as opções de tratamento a que deverá se submeter.

3 O DIREITO À INFORMAÇÃO

O direito à informação é um direito fundamental da pessoa humana, sendo instituído como um dos principais garantidores necessários à sobrevivência dentro de uma sociedade organizada na era informacional. Esse direito possui respaldo legal na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Declaração Universal sobre a Bioética, na Declaração de Genebra, entre outros códigos internacionais, assim como na Constituição Federal de 1988 e no Código Civil de 2002.

O princípio da dignidade da pessoa humana deliberado na Lei Maior, como também, os direitos de personalidade inscrito no Código Civil, a exemplo da liberdade, estão intrinsecamente coadunados sobre o propósito de possibilitar a realização da pessoa humana. Indubitavelmente que, na relação médico-paciente o vínculo à dignidade da pessoa humana como a liberdade é, sem sobra de dúvida, a informação. (BERGSTEIN, 2012, p.11).

Os princípios da boa-fé, dignidade da pessoa humana, autonomia e o reconhecimento da importância dos direitos fundamentais da saúde e vida são os sustentáculos da obrigação do médico de informar o paciente sobre o seu processo de tratamento.

A boa-fé objetiva inserida no novo Código Civil de 2002, por meio da previsão legal do art. 422, em consonância com os artigos 113 e 187, constitui como um balizador no estabelecimento de equilíbrio nas relações jurídicas. Ademais, o princípio da boa-fé objetiva faz-se importante para consolidar o dever de informar, além de atuar como limitador da autonomia em virtude do exercício do direito subjetivo. (SILVA, NOGUEIRA, 2011, p.251).

O princípio da boa-fé objetiva é indissociável do princípio da confiança, visto que ambos consistem em um padrão de conduta pautado na honestidade e lealdade. Ou seja, o princípio da confiança serve de alicerce e de fundamentação ao princípio da boa-fé objetiva. (BERGSTEIN, 2012, p.70).

Na relação médico-paciente, o direito à informação permitiu que o paciente deixasse de ser apenas um figurante para ser coadjuvante nessa relação. Assim, o assistido, dentro dessa perspectiva relacional, tornou-se conhecedor do estado de sua saúde, dos prognósticos e diagnósticos e demais tratamentos vinculados a sua enfermidade.

Por conseguinte, o transcorrer da informação concretizou o direito da autodeterminação, tendo em vista na sua liberdade e autonomia para processos decisórios sobre tratamentos e cuidados aos quais iria se submeter. Ademais, o dever de informar fornecido de forma apropriada e completa, elegendo todos os prós e contras na adesão ou não ao tratamento, enseja na concepção do consentimento informado pelo paciente, pelo qual se instrumentaliza no termo chamado de consentimento livre e esclarecido (TCLE). (BERGSTEIN, 2012, p.12).

Dessa forma, o dever de informar é imperativo como requisito prévio para o consentimento informado. Ele tem por objetivo conseguir autorização do paciente para o tratamento específico após a elucidação do processo terapêutico a ser realizado, demonstrando os seus riscos, benefícios e possíveis consequências. (FREITAS, 2017, p.32).

É imprescindível, também, que a informação direcionada ao paciente esteja condicionada ao grau atual e aparente de seu entendimento, acessível ao seu nível cultural e intelectual. Assim, essa informação deverá ser instituída de elementos relevantes e suficientes para a elaboração do consentimento livre e esclarecido, o que reverbera para redução da vulnerabilidade. (PORTO; ARARUNA, 2016, p.209).

Vale asseverar, contudo, que o dever de informar é obrigação relacionada ao exercício do profissional da medicina. A sua vinculação ao termo de consentimento esclarecido e a

reafirmação do direito à autodeterminação são aspectos que se relacionam e se completam para progresso da relação médico-paciente.

Desse modo, a obtenção do consentimento do paciente atende ao princípio da autonomia, pelo qual todo indivíduo tem a liberdade e o direito de escolher e avaliar as opções possíveis acerca do tratamento proposto.

3.1 DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Diante ao que já foi exposto, percebe-se o quão fundamental é que o profissional exerça seu dever de informação pautado no consentimento informado. Para o exercício desse consentimento, faz-se necessário que ele seja obtido de forma processual e deliberativa, observando a informação, compreensão e a autonomia do paciente. O consentimento informado resulta do direito da autodeterminação que visa na tomada de decisões relativas à saúde e integridade física e psíquica do paciente, aceitando ou recusando as propostas do tratamento recomendado. Maria Helena Diniz (2017, p. 844) ainda destaca que “esse direito de autodeterminação dá origem ao dever *erga omnes* de respeitá-lo, fundamentado no princípio da dignidade da pessoa humana”.

Para os autores Beauchamps e Childress, “a função e justificção o consentimento informado é possibilitar e proteger a escolha individual autônoma.” Ou seja, protege contra possíveis potenciais nocivos do tratamento, como também serve como uma espécie de barreira protetiva para que os profissionais médicos possam agir de forma responsável diante do paciente. (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.162).

Tais autores afirmam que há dois sentidos de consentimento informado que são analisados de formas diferentes que aparecem na literatura. Um é analisado mediante a exposição da escolha autônoma, e o outro averiguado por intermédio de regras sociais de consentimento nas instituições. O primeiro anuncia que o paciente em relação à intervenção médica ou participação na pesquisa deve autorizar o procedimento através do ato de consentimento informado e voluntário. (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.162 -164).

No segundo sentido, infere-se que a realização dos procedimentos terapêuticos deve ser com base nas regras sociais de consentimento pelas instituições. Somente as instituições podem emitir uma autorização de consentimento legalmente válido para os pacientes ou aqueles sujeitos de pesquisa prosseguirem com o tratamento. Ou seja, “o consentimento informado refere-se somente a uma autorização institucionalmente ou legalmente efetiva, conforme determinado pelas regras prevaletentes.” (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.164).

Assim, a análise aceitável para a literatura legal é o que beneficia os componentes analíticos do consentimento informado. Dentre os seus elementos estão: a competência, revelação, entendimento, voluntariedade e o consentimento. Dessa forma, cabe ao paciente possuir capacidade plena para deliberar de forma voluntária sobre determinada prática médica, após todas as informações relevantes de sua enfermidade.

Posteriormente ao emprego desses elementos concede-se o termo de consentimento livre e esclarecido. O termo é geralmente escrito, com ressalvas nos procedimentos invasivos e situações extraordinárias, formal, voluntária e verbal. Desse modo, ele se configura como a instrumentalização de todo processo de informação, pelo qual delimitará os riscos iminentes suportados pelo médico e o paciente.

Importa destacar que a obtenção do consentimento escrito não altera o procedimento informacional prestado verbalmente, pelo qual deve proceder da assinatura do termo. Dessa maneira, o consentimento informado é a autorização do paciente obtido pelo profissional para a realização de procedimento médico de indiscutível necessidade. (BERGSTEIN, 2012, p.131).

Isso demonstra o quão importante é manter o paciente informado acerca das decisões clínicas a serem tomadas. Toda essa metodologia do uso da informação é imprescindível para evitar que o profissional incorra em erros por negligência, por omissão do dever de informação.

À vista disso, confirma ao que está posto no artigo 22 do Código de Ética Médica, o qual dispõe que é vedado o profissional de saúde “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. (BRASIL, 2018, p. 25).

Do mesmo modo ocorre no artigo 42 do mesmo dispositivo, que proíbe ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.” Assim, é indubitável que o direito de o paciente ter acesso às informações necessárias para que possa decidir soberanamente sobre seu corpo, sua saúde e seu destino. (BRASIL, 2018, p. 28).

A informação é, antes de tudo, um ato de comunicação. O dever de informar e o aconselhamento do médico é indispensável, visto que decorre do direito à autonomia do paciente. A dinâmica da informação é fundamental, pois contribui para estreitar a relação médico-paciente, amenizando a vulnerabilidade e, conseqüentemente, contribuindo para fortalecimento dos laços de confiança.

Dessa forma, o consentimento informado relaciona-se ao fornecimento de informações pertinentes pelo profissional que abranjam explicitação dos riscos, benefícios, alternativas terapêuticas e conseqüências. Esses pontos dependem dos elementos subjetivos, como a

capacidade de informar do médico e a capacidade de compreender do paciente, visto que são ínsitos às relações sociais e integram a atividade tradicional e científica existente. (MEIRELLES, 2019).

Percebe-se, no entanto, conforme mencionado acima, a importância de manter o paciente informado acerca das decisões clínicas a serem tomadas. Vale ressaltar que consentimento informado é condição indispensável na relação médico-paciente contemporânea.

3.2 AUTONOMIA E VULNERABILIDADE DO PACIENTE

É verdade que a vulnerabilidade é característica inerente ao ser humano. Um dos requisitos para amenizar a vulnerabilidade se faz por meio de consentimento informado. Tal consentimento prioriza informação, compreensão, possibilidade de deliberação e o respeito à autodeterminação do paciente em relação à escolha de tratamento proposto.

Maria do Céu Patrão Neves conceitua etimologicamente a vulnerabilidade como sendo uma palavra originada do latim, *vulnus* que significa “ferida”. Isso significa que a “vulnerabilidade é irredutivelmente definida como susceptibilidade de se ser ferido.” Ou seja, propõe uma definição do sujeito que se torna suscetível de sofrer danos quando está ferido, frágil ou indefeso. (NEVES, 2007, p.158).

O primeiro texto que trouxe questões referentes à vulnerabilidade, no âmbito da bioética, foi *Belmont Report* de 1978. Essa obra assegurou aos indivíduos com autonomia reduzida a proteção diante do cumprimento dos seus três princípios éticos orientadores básicos, já citados anteriormente, como o respeito pelas pessoas, a beneficência e justiça. Vale ressaltar que a promoção do direito à proteção para os vulneráveis favoreceu para a institucionalização do consentimento informado. (NEVES, 2007, p.159).

À vista disso, os bioeticistas Tom Beauchamp e James Childress em sua obra *Princípios de Ética Biomédica* reforça a ideia de que pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade, doentes, frágeis e dependentes devem ser protegidas, visto que muitos são suscetíveis à influência ou manipulação pelo profissional médico. (BEAUCHAMPS, CHILDRESS, 2002, p.192).

Há de se destacar que a bioética de proteção não se aplica em indivíduos que conseguem enfrentar as suas adversidades com seus próprios meios em situações de vulnerabilidade, posto que acarretaria a perda de sua autonomia, tornando-se paternalista. Por isso, a presença dos direitos humanos torna-se importante para dar visibilidade à dignidade humana, bem como

respeito à autonomia e à vulnerabilidade e cumprimento do processo de consentimento livre e esclarecido. (COSAC, 2017, p.25).

Nesse ponto, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO, aprovada no ano de 2005, foi enfático ao dispor que o princípio do “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” articula-se preferencialmente com o da dignidade humana. Além disso, o princípio da vulnerabilidade objetiva asseverar o respeito pela dignidade humana nas circunstâncias pelas quais os princípios da autonomia e do consentimento se manifestam insuficientes. (NEVES, 2007, p.167-168).

É imperativo salientar a ideia da autonomia como princípio que reconhece o direito comum a toda pessoa diante da sua autodeterminação, para fazer escolha ou decidir de acordo com suas crenças pessoais, ou valores. Contudo, o exercício da autonomia conjuntamente com exigência do consentimento informado não invalida os prejuízos a que cada vulnerabilidade se encontra exposta, nem mesmo a elimina. (NEVES, 2007, p.165).

Na relação médico-paciente é notória a vulnerabilidade técnica por parte do paciente diante de algumas informações referentes à doença ou proposta de tratamento pelo profissional da saúde. Nesse contexto, denota-se que é eventualmente inútil o paciente decidir autonomamente em virtude das informações de padrões técnicos. Não obstante, é a partir da qualidade informacional que possibilita a autonomia do paciente nos momentos de tomada de decisões. (BERGSTEIN, 2012, p.132).

Outrossim, é papel do médico analisar a autonomia do paciente em face de sua vulnerabilidade circunstanciada pelo adoecimento. Por isso, faz-se necessário essa análise, pois, durante os procedimentos de intervenção pelo profissional, é possível que o paciente perca parte de sua autonomia, pela qual reverbera na incapacidade de deliberar sobre as demais etapas do procedimento. Nesses casos, o olhar subjetivo do médico será fator importante. (PAZINATTO, 2019, p. 238).

A autonomia diante do contexto da vulnerabilidade se encarrega de garantir aos indivíduos meios favoráveis para o apropriado consentimento ao participar do processo de procedimentos terapêuticos. Logo, a autonomia e vulnerabilidade se associam, pois, é importante o reconhecimento da vulnerabilidade para que possa assegurar o direito à autonomia e respeito à dignidade de indivíduos. (COSAC, 2017, p. 20).

Desse modo, segundo Cohen e Marcolino (2008, p. 89) o conceito de autonomia está intimamente ligado à escolha reflexiva individual. Na relação médico-paciente, a autonomia é o propulsor para escolha consciente e consequente. Sendo assim, nessa relação, ambos devem ser competentes, portanto, livres para aderir ao método adequado.

A autonomia e a vulnerabilidade do paciente são fatores que estão intrinsecamente relacionados diante da perspectiva da relação médico-paciente. Dessa maneira, pode-se compreender que a autonomia está diretamente associada com a situação pessoal do agente manifestante da vontade ao avaliar a vulnerabilidade diante da relação em que deva manifestar consentimento. (AGUIAR, MEIRELLES, 2017, p.730).

Entretanto, há de destacar que a relação médico-paciente é assimétrica, pois nessa interação existe confronto de diferentes interesses como a existência da necessidade de um procedimento terapêutico, a autonomia do médico e a vulnerabilidade do paciente. Nesse sentido, percebe-se que existe supremacia de um em detrimento do outro em virtude da autonomia do médico se sobrepor à vulnerabilidade do paciente, acarretando o desrespeito da sua autonomia. (MORAIS, 2010, p. 335).

4 A INTERNET E A RECONFIGURAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO PELO MÉDICO

O advento dos avanços tecnológicos ampliou substancialmente o acesso à informação principalmente através da *internet*. Na área de saúde há cada vez mais conteúdo disponível nesse ambiente virtual. Fato devido por ser uns dos principais difusores de conteúdo e de fácil manuseio que até então era privativa do meio médico. Essas informações técnico-científica disseminadas nesse segmento vem impondo ao profissional de saúde novos desafios no vínculo com seu paciente.

Tais desafios diante da atual realidade que se interpõe ao médico e ao paciente vem reconfigurando o dever de informação pelo profissional de saúde e, ao mesmo tempo, propondo uma nova remodelagem de tomada de decisões clínicas. Nesse ponto se discute os desdobramentos dessa recente variável, assim como os prós e contras na relação médico-paciente. (SCHMIDT et al., 2013, p. 387).

O recurso à informação viabilizada pela *internet* tem alcançado um potencial imaginável devido à infinidade de fontes de informação disponível nessa plataforma digital. Em virtude da facilidade do acesso à informação, a *internet* vem modificando o posicionamento do paciente que antes era apenas receptores da informação, tornando-os detentores com repercussões importantes no âmbito na relação médico-paciente. (GARBIN; NETO; GUILAM, 2008, p. 580).

Isso se tornou visível com o crescente número de pacientes que chegam aos consultórios com conhecimentos e vocabulários antes restritos ao profissional. Esses “pacientes podem estar

em busca de reciprocidade, de forma colaborativa e mútua, onde há no encontro a vivência do essencial para o fluir da consulta.” Além disso, a busca por informações na *internet* pode ser um meio de se comunicarem com o seu médico como iguais. (KNORS; JESUS; JUNIOR, 2019, p. 8).

A *internet* é essencialmente uma tecnologia de liberdade devido à livre circulação de ideias, documentos e materiais tão pertinentes para o desenvolvimento do conhecimento humano. A maior atribuição da *internet* é servir de meio de comunicação entre pessoas, pois encurta o tempo, o espaço e o custo do diálogo; possibilita a livre troca de informações; proporciona o desenvolvimento do conhecimento individual e coletivo. (CASTELLS, 2003, p.126).

Para o sociólogo Manuel Castells (2003, p. 59) “a publicação autônoma constitui um padrão de comportamento que permeia a internet e se difunde a partir dela para todo o domínio social.” Dessa forma, embora o conteúdo disseminado seja diverso, a fonte comunitária da *internet* caracteriza como um meio tecnológico para a comunicação horizontal e uma nova forma de livre expressão.

A *Internet* pode ter um efeito positivo nas relações sociais o que possibilita a aumentar a exposição de outras fontes de informação. Sobre esse aspecto é importante destacar que a procura de conteúdo sobre saúde na rede pelo paciente permite que o diagnóstico e o tratamento médico sejam aceitos mais facilmente. (GARBIN, NETO, GUILAM, 2008, p. 582).

Cabe lembrar, entretanto, que a relação médico-paciente deve ser baseada na troca de informações e na tomada de decisões compartilhada. Ressalta-se que o dever de informação pelo profissional da saúde, diante desse universo da comunicação digital, deve ser sempre pautado no consentimento informado e que este, por sua vez, tenha sido obtido de forma processual e deliberativa, observando a informação, compreensão e a autonomia do paciente.

Consoante Maria Helena Diniz (2017, p. 843), o “objetivo do consentimento informado é aumentar autonomia pessoal das decisões que afetam o bem-estar físico e psíquico.” Assim, a obtenção do consentimento do paciente atende ao princípio da autonomia pelo qual todo indivíduo tem a liberdade e o direito de escolher e avaliar as opções possíveis acerca do tratamento proposto.

Outrossim, a relação médico-paciente é uma relação assimétrica uma vez que o assistido sempre será vulnerável frente ao profissional de saúde. Essa interação tem passado por modificações com o implemento da *internet*, visto que tem fomentado ao médico a busca de um novo comportamento diante dos pacientes “especialistas”.

Esses pacientes “especialistas” recorrem aos *sites* de saúde em busca de informações técnico-científicas com intuito de melhorar ou possibilitar a saúde e atenção à saúde. Nesse contexto, a utilização da plataforma digital para consultas de assuntos relacionados à saúde é uma realidade atual e por apresentar suas peculiaridades e seus vieses é necessária cautela no seu manuseio.

Observa-se que as informações disponibilizadas em *websites* costumam ser generalizadas e não consideram as particularidades de cada assistido. Além disso, cada paciente tem um histórico, características e necessidades próprias, que exigem uma abordagem individualizada, por mais simples que o caso pareça ser.

As informações oferecidas em *sites* de saúde são para auxiliar e não para substituir a relação médico-paciente. Por isso, cabe ao médico adequar à nova realidade e atender de acordo, agindo como mediador entre o paciente e as vastas informações incompletas, distorcidas ou até mesmo completamente erradas que são replicadas na rede. (GARBIN, NETO, GUILAM, 2008, p. 586).

Desse modo, as mudanças que o acesso à *internet* vem causando na pós-modernidade tem potencializado o dever de informação pelo médico. O que acarreta a necessidade de uma nova roupagem na relação do profissional para com seu assistido.

Assim, conforme salienta Ana Thereza Meirelles (2019), “competirá ao médico reconfigurar a pertinência das informações disponíveis na *Internet* a partir do redelineamento da função profissional que ele exerce.” Isso é necessário não só para o restabelecimento da confiança, como também para estreitar a relação médico-paciente, contribuindo para promoção da saúde de forma mais efetiva.

4.1 SEGURANÇA DAS INFORMAÇÕES NA *INTERNET*

A democratização viabilizada pela *internet* ao acesso à informação sobre variados assuntos, sobretudo informação sobre doenças e seus tratamentos, constituem um instrumento de relevância para sociedade em virtude do seu papel de promoção da saúde e prevenção de doenças. Contudo, para que isso ocorra, é necessário observar a qualidade da informação que é um dos aspectos fundamentais para adquirir segurança nesse ambiente virtual.

Se por um lado, o recurso à *internet* favorece para democratização de informação diante da facilidade de encontrar todo tipo de informação, principalmente sobre saúde para os pacientes munirem-se com dados a serem discutidos com o médico num encontro posterior. (BIRUEL, 2008, p. 25).

Por outro lado, encontra dificuldade de conseguir informação segura, visto que a *internet* proporciona grande volume de informações dúbias, inconsistentes e sem nenhum crivo interpretativo e contextual de qualidade, principalmente localização de uma fonte específica. Além disso, a democratização do acesso à *internet* acarretou a alteração da relação médico-paciente. (BIRUEL, 2008, p. 26).

Há de mencionar que dentro desse universo virtual a maioria das informações encontra-se envolvidas pelo anonimato da comunicação. Deve-se a esse fato a dificuldade de investigar as origens e identificar o conteúdo e informações transmitidas para os usuários. (CASTELLS, 2003, p. 173).

No que concerne à transmissão de informações do profissional para a sociedade, Genival Veloso de França (2014, p.197) entende que o médico não deve visar à propaganda pessoal expondo seus ganhos profissionais, mas sim empregar as informações com a finalidade de revelar os conhecimentos necessários à comunidade, ajudando-a na luta contra as doenças, naquilo que é de interesse da saúde pública.

Além disso, França (2014, p.197) ainda ratifica que “seria um contrassenso deixar a população afastada das campanhas educativas, ignorante quanto ao conhecimento das doenças”. Por isso, salienta sobre a necessidade de manter essa população informada para evitar informações distorcidas e “risco de tomar decisões incorretas e apressadas, em virtude de um juízo equivocado, principalmente no que se refere à autoterapêutica e ao autodiagnóstico.”

Nesse viés, garantir acesso à informação de qualidade por meio da *internet*, principalmente em portais de saúde é fundamental para evitar os problemas ocasionados por páginas na *web* que divulgam informações equivocadas ou incompletas. Nessa situação, percebe-se que a falta de regulamentação viabiliza construção de páginas conduzidas por indivíduos sem formação médica ou com finalidade de conquistar possíveis compradores apenas por interesses comerciais. (SCHMIDT et al., 2013, p. 388).

Como salienta Biruel (2008, p. 26), “a internet pode representar um grande risco na área da saúde, pois tanto entre os profissionais de saúde como entre os consumidores, pode existir um desconhecimento das regras relativas à identificação de padrões de qualidade.” Sendo assim, a *internet* é um meio de comunicação como outro qualquer e possui suas peculiaridades e seus vieses, tornando necessário um uso cauteloso desse instrumento de obtenção de informação.

Ao que se refere à confiabilidade de sites sobre saúde, insta salientar que a fundação HON - Health On the Net – é uma instituição internacional sem fins lucrativos e não

governamental ligada à ONU, que promove e guia a publicação de artigos relacionados à saúde na *internet*.

Essa organização sediada na Suíça trabalha em prol da confiabilidade e qualidade de páginas na *web*, estabelecendo um código próprio de conduta, o HONcode, com padrões éticos estabelecidos pela fundação em conjunto com médicos, provedores de informação, pacientes e cidadãos. Outrossim, esse selo demonstra, no mínimo, a preocupação de *sites* com a informação médica de qualidade. (BIRUEL, 2008, p.27).

A Resolução n.º 97 de 20 de fevereiro de 2001 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2001), que institui o Manual de Princípios Éticos para *Sites* de Medicina e Saúde, recomenda que os usuários exijam dos responsáveis pelos *websites* na *internet* os princípios éticos e critérios de condutas a serem seguidos, quais sejam: transparência, honestidade, ética, qualidade, consentimento livre e esclarecido, privacidade, responsabilidade e prudência.

4.2 CIBERCONDRIA

Observa-se que, a facilidade de acesso à informação médica aliado ao aumento do nível educacional dos indivíduos tem fomentado para o surgimento de pacientes que se tornaram “especialistas” em sua própria patologia, sobre os quais buscam informações *online* sobre diagnósticos, doenças, sintomas, medicamentos e tratamentos.

Esses pacientes “especialistas” ao utilizarem das informações colhidas na *internet* de forma recorrente ao ponto de provocar ansiedade ou temor recebem o nome de cibercondríacos, um neologismo dos termos ciber e hipocondria. Segundo Biruel (2008, p. 26) o termo cibercondríacos caracteriza “pessoas que por meio de pesquisas sobre saúde na *internet* descobrem informações que deveriam estar disponíveis apenas para médicos.”

A síndrome do cibercondríaco é uma denominação usada pela *Harris Interactive*, instituto de pesquisa que investigou milhares de americanos que utilizaram *internet* como meio de encontrar conteúdos inerentes à saúde. Esses usuários contumazes dos sítios sobre saúde elaboram seu autodiagnóstico e chegam aos consultórios médicos munidos de centenas de explicações, prontos para contrapor os profissionais em suas opiniões, criando problemas ainda mais complexos. (BIRUEL, 2008, p. 26).

À vista disso, tal munção desorganizada de informações evidenciam um novo padrão referenciado por indivíduos imediatistas e autossuficientes supostamente capazes de revelar seu próprio diagnóstico. Nesse contexto, Ana Thereza Meirelles (2019) elucida que a “solução

imediatamente, ansiosa e solipsista ao tratamento do sintoma instaurado é o reflexo da forma com que nós, humanos, por vezes, passamos a compreender a vida, enquanto senhores das nossas próprias habilidades.”

Nesse ínterim, ratifica ao que foi supracitado que a busca incontrolada por informações referente à saúde é um dos efeitos do imediatismo e da autossuficiência, o que tem gerado pacientes obsessivos ou angustiados com a ideia de ter alguma patologia. O perigo destes comportamentos, com relação na substituição da orientação médica, leva-os a acreditarem em todo conteúdo lido na rede sem analisar a certificação da fonte, tornando-os confusos ou ansiosos. (MEIRELLES, 2019).

Assim, a incessante busca de respostas para questões de saúde na rede pode ser um fator relacionado à falta de confiança em profissionais de saúde. Há de se considerar que essa insegurança pode estar relacionada ao curto tempo das consultas, o que impossibilita ao indivíduo de obter informações relevantes ou de construir uma interação maior com o médico. (PORTO; ARARUNA, 2016, p.202).

Isso não só causa desconfiança acerca do diagnóstico descrito, como também o adoecimento proporciona insegurança, o que propicia ao paciente recorrer para *internet* com intuito de complementar ou esclarecer dúvidas existentes após, ou até mesmo antes da realização da consulta médica. (SILVA, 2006, p.71).

Assim, os cibercondríacos estão se tornando potencialmente poderosos e essa nova roupagem pode influir e transformar a relação dos médicos com seus pacientes. Disso resulta na necessidade de uma nova atribuição ao profissional de saúde diante da realidade pós-moderna. (MEIRELLES, 2019).

À vista disso, destaca-se a importância de profissionais engajados nessa ceara virtual para que possa viabilizar informações de qualidade, pertinentes e acessíveis ao entendimento do paciente, capacitando-o e oferecendo certa autonomia. É imprescindível destacar que o paciente tem a informação, enquanto o médico tem a informação e a formação, habilidade para aplicar as informações. (OLIVEIRA, 2014, p. 142).

Além disso, também é necessário a participação do médico para ajudar com precisão o paciente a interpretar e colocar em prática os dados colhidos na *internet*. Pois, a *internet* é uma tecnologia de liberdade que pode “libertar os poderosos para oprimir os desinformados, pode levar à exclusão dos desvalorizados pelos conquistadores do valor.” (CASTELLS, 2003, p. 278).

Por conseguinte, cabe ao médico o dever de interpretar as informações colhidas na *internet* e decidir sobre a saúde do paciente, atender suas necessidades de informação e

construir, por fim, uma relação de qualidade e de confiança. Só com o discernimento, a experiência e o estímulo do médico podem ajudar com precisão o paciente a interpretar e colocar em prática todas as informações buscadas na *internet*.

5 CONCLUSÃO

Conforme a pesquisa realizada, no que tange à qualidade das informações disseminadas no âmbito virtual, é imprescindível à padronização da publicação médica e adequação de *sites* que dispõem elementos informativos sobre saúde. Ao utilizar um padrão científico ou selo de certificação por entidade reguladora tem-se formas de garantir ao indivíduo que essa página virtual é de confiança e possui credibilidade.

O recurso à *internet* para obtenção de informações sobre saúde, conseguinte a constatação da certificação de confiança do *site*, diminui os riscos da informação enganosa, evitando, conseqüentemente, um mal orientado tratamento e diagnóstico falho. Assim, se usada com cautela e responsabilidade, as informações *online* possibilitam a obtenção de dados importantes ao processo de tratamento de doenças.

Verificou-se que, o impacto na relação médico-paciente das informações em saúde disponíveis na *internet*, tanto sobre a efetividade das possíveis medidas terapêuticas quanto sobre o uso dos recursos disponíveis, estabelece que a discussão acerca dessa abordagem receba uma maior atenção. Nota-se, no entanto, que as informações disponíveis na *internet* possuem potencial para alterar a relação médico-paciente, ainda fundamentado em um expressivo desequilíbrio de poder. Tais informações tendem a elevar o poder decisório do paciente, pondo em questão o conhecimento técnico e científico do profissional médico.

No momento que o paciente chega no consultório com diversas informações oriundas da *internet*, o médico deve ter uma postura consciente e ponderada, permitindo ao paciente colocar suas dúvidas que encontrou em sua pesquisa, e assim, possibilitar uma conscientização sobre os achados não serem confiáveis, os quais podem colocar sua vida em risco.

Deste modo, torna-se imprescindível que os profissionais da área médica saibam lidar com essa realidade com a sensatez de quem deve ter o reconhecimento que, a educação permanente passa pelo fato da inserção tecnológica, uso de evidências adequadas para tomada de decisão e ainda a utilização de informação com qualidade para orientação dos pacientes.

Acrescenta-se que, deveria se tornar obrigatório políticas públicas e/ou projetos de inclusão digital e social mediados por ferramentas inclusivas a orientação assistencial da população sobre os sérios riscos da informação desassistida.

Por fim, conclui-se que a inclusão da *internet* na prática médica habitual vem reconfigurando o dever de informação pelo profissional na relação médico-paciente. Isso ocorre devido a constatação das facilidades e dos riscos potenciais que a *internet* viabiliza, assim como, principalmente, do novo modelo de proposta de atendimento assistencial tendenciado pela tecnologia vigente.

Assim, apesar de todo o destaque da *internet* no âmbito da saúde, há de salientar sobre a importância e necessidade da formação médica e da experiência clínica como condição imprescindível na aplicabilidade das informações, condutas e prescrições. Tudo isso tem o poder de contribuir para uma relação médico-paciente mais saudável e, conseqüentemente, influenciar em uma melhor adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

AGUIAR, Mônica Neves; MEIRELLES, Ana Thereza. Prática médica e diretivas antecipadas e vontade: uma análise ético-jurídica a 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: 22 abr. 2020.

BEAUCHAMP TL; Childress JF, BENEFICÊNCIA. In: Beauchamp TL, Childress JF. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002, p.137-351.

BEIER, Mônica. IANNOTTI, Giovano de Castro. Algumas considerações sobre o Paternalismo Hipocrático. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.2, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/320>. Acesso em: 01 abr. 2020.

BIRUEL, Elisabeth Peres. **Websites para diabéticos: uso da internet com instrumento de Educação em Saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2008. Orientador: Prof. Dr. Sérgio José Nicolett.

BRASIL. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. **Conselho Federal de Medicina**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL, Resolução CNS nº196, de 10 de outubro de 1996. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 16 mar. 2020.

BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. 2012. Tese. (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo. Orientador: Profa. Titular Tereza Ancona Lopez.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.3, p.647-654,1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1999000300023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 abr. 2020.

COELHO, Elisa Quaresma; COELHO, Augusto Quaresma; CARDOSO, José Eduardo Dias. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente? **Revista Bioética.**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 142-149, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2020.

CASTELLS, Manuel. **A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade**. Revisão Paulo Vaz. – Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.2, p. 261-269, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022010000200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 mar.2020.

COSAC, Danielle Cristina dos Santos. Autonomia, consentimento e vulnerabilidade do participante de pesquisa clínica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 19-29, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422017000100019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 mar.2020.

CREMESP. Manual de princípios éticos para sítios de medicina e saúde na internet. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CRMSP/resolucoes/2001/97_2001.htm. Acesso em: 28 mar. 2020.

DE OLIVEIRA, J. Uma análise na relação médico-paciente frente aos recursos das tecnologias da informação. **INMR - Innovation & Management Review**, v. 11, n. 2, p. 132-153, 2 jul. 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/100137>. Acesso em: 07 maio 2020.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do direito**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

GALVÃO, Vitor França. **Da relação médico-paciente: aspectos semióticos de paixão e persuasão**. 2006. Tese. (Doutorado em Letras) – Universidade em São Paulo, São Paulo. Orientador: Profa. Dr^a. Maria Vicentina de Paula do Amaral Dick.

GARBIN, Helena Beatriz da Rocha; PEREIRA NETO, André de Faria; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 12, n. 26, p. 579-588, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 maio 2020.

KNORST, Gabriel Rocha Santos; JESUS, Victor Machado; MENEZES JUNIOR, Antônio da Silva. A relação com o médico na era do paciente expert: uma análise epistemológica.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100242&script=sci_arttext. Acesso em: 07 maio 2020.

MATOS, Gilson Ely Chaves. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática. **Revista Bioética.**, Brasília, v.15, n. 2, p. 196-213, 2007. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/41/44. Acesso em: 21 abr. 2020.

MEIRELLES, Ana Thereza. **O Médico, o Paciente e o Google**. CVMed. Disponível em: <http://cvmed.com.br/2019/08/28/o-medico-o-paciente-e-o-google/>. Acesso em: 08 maio 2020.

MEIRELLES, Ana Thereza. **Medicina e Direito: Informação e Compreensão como pressupostos fundamentais à interface harmônica**. CVMed. Disponível em: <http://cvmed.com.br/2019/09/16/medicina-e-direito-informacao-e-compreensao-como-pressupostos-fundamentais-a-interface-harmonica/>. Acesso em: 08 maio 2020.

MORETTI, Felipe Azevedo; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; SILVA, Edina Mariko Koga da. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Revista da Associação Médica Brasileira.**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650-658, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302012000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2020.

MORAIS, Inês Motta de. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Revista Brasileira Saúde Maternidade Infantil**, v.10, n.2, p.331-336, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-574866?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2020.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: **Iniciação à Bioética. 1. ed. Conselho Federal de Medicina**, Brasília- DF, 1998, p.53-71.

NEVES, Maria do céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, p. 157-172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em: 28 abr. 2020.

OLIVEIRA, Jayr Figueiredo de. Uma análise na relação médico-paciente frente aos recursos das tecnologias da informação. **Revista de Administração e Inovação - USP**, São Paulo, v.11, n.2, p. 132-153, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/100137>. Acesso em: 28 abr. 2020.

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

PAZINATTO, Márcia Maria. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 234-243, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019272305>. Acesso em: 10 abr. 2020.

PORTO, Ana Paula Azevêdo Sá Campos Porto; ARARUNA, Simone Bezerra Pontes. O dever de informar na perspectiva da relação médico-paciente atual: análise à luz da dignidade da pessoa humana e do direito à autodeterminação do paciente. **Revista de Biodireito e Direitos dos Animais**, v.2, n.2, 2016. Disponível em:

<https://www.indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/1383/pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no Código Civil. *In*: TEPEDINO, Gustavo (Coord.). **A Parte Geral do Novo Código Civil. Estudos na perspectiva civil-constitucional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p.5-58.

SANT'ANA, Maurício Requião de. Autonomia, incapacidade e transtorno mental: propostas pela promoção da dignidade. 2015. Tese (Programa de Pós-graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Bahia. Orientador: Profa. Dra. Roxana Cardoso Brasileiro Borges.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. **Bioética**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SCHIMIDT, Eder; VIANA, Sophia Mara de Souza Alves; ANDRADE, Evelyne Borges de Mattos; FERNANDES, Mariana Delgado; REZENDE, Sarah de Paula Iennaco; REIS, Paola Vasconcellos Soares; VASCONCELOS, Yara Abrão. A inclusão da internet na relação médico-paciente: apenas prós? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.1, n.1, p. 1679-1010, 2003. Disponível em:

<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/31/29>. Acesso em: 06 maio 2020.

SILVA, Antonio Cordeiro. **Autonomia versus paternalismo médico: perfil bioético dos egressos do laboratório de cirurgia experimental do curso de medicina da UEPA**. 2013. Tese. (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal. Orientador: Profa. Dra. Stella Barbas. Coorientador: Prof. Dr. Marcus Vinicius Brito.

SILVA, Wilma Madeira da. **Navegar é preciso: avaliação de impactos do uso da internet na relação médico-paciente**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. doi:10.11606/D.6.2006.tde-30102006-103313. Orientador: Lefevre, Fernando.

SILVA, Maristela Freitas. Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. **Revista Bioética**, Brasília, v.25, n.1, p.30-38, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100030&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 07 maio 2020.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p.75-104, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232>. Acesso em: 16 mar. 2020.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**.v.19, n.1, 2011. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/61. Acesso em: 16 mar. 2020.



Relatório gerado por: nadjaribaldi@gmail.com

Arquivos	Termos comuns	Similaridade
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014	130	0,84
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400013	107	0,79
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022014000200003&lng=en&nrm=iso	144	0,74
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782012000200011	88	0,65
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16212/1/ARTIGO_De_sempenhoOrganizacionalRelacoes.pdf	92	0,53
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X https://scielo.org/	31	0,25
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79204	22	0,24
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X https://pt.scribd.com/document/66929055/Www-Scielo-Br-Scielo-Php-Script-Sci-Arttext-Pid-S0100-404220	7	0,08
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X http://revistabioetica.cfm.org.br/	3	0,03
IONADJA KAREN G J SILVA - TCC.pdf X https://en.wikipedia.org/wiki/Internet		- Conversão falhou