

Lex Medicinæ

Revista Portuguesa de Direito da Saúde

Ano 21 - n.º 41 - 2024
Publicação Semestral
Edição Gratuita



Centro de
Direito **Biomédico**

Lex Medicinae

Revista Portuguesa de Direito da Saúde



INSTITUTO JURÍDICO
FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Área de investigação “Vulnerabilidade e Direito” / Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, integrada no Projecto “Desafios sociais, incerteza e direito” (UIDB/04643/2020)

Research area “Vulnerability and Law” / Legal Institute of the Faculty of Law of the University of Coimbra, integrated in the Project “Social challenges, uncertainty and law” (UIDB/04643/2020)



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

Ficha Técnica

Conselho Redatorial

João Carlos Loureiro (Diretor)

(Instituto Jurídico da Faculdade de Direito de Coimbra e Centro de Direito Biomédico da FDUC)

André Dias Pereira

(Instituto Jurídico da Faculdade de Direito de Coimbra e Centro de Direito Biomédico da FDUC)

Carla Barbosa

(Centro de Direito Biomédico da FDUC)

Propriedade da Revista (Morada da Redação)

Centro de Direito Biomédico

Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

3004-528 Coimbra

Telef. / Fax: 239 821 043

cdb@fd.uc.pt

www.centrodedireitobiomedico.org

Editor

Instituto Jurídico | Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra | 3004-528 Coimbra

Lex Medicinæ

Revista Portuguesa de Direito da Saúde

Ano 21 - n.º 41 - janeiro/junho 2024

Publicação Semestral

Execução gráfica

Ana Paula Silva

NIPC 504 190 490

ISSN 1646-0359

N.º de Registo ERC 127770

O Centro de Direito Biomédico, fundado em 1988, é uma associação privada sem fins lucrativos, com sede na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, que se dedica à promoção do direito da saúde entendido num sentido amplo, que abrange designadamente, o direito da medicina e o direito da farmácia e do medicamento. Para satisfazer este propósito, desenvolve ações de formação pós-graduada e profissional; promove reuniões científicas; estimula a investigação e a publicação de textos; organiza uma biblioteca especializada; e colabora com outras instituições portuguesas e estrangeiras.

DILEMAS BIOÉTTICOS NA LITERACIA EM SAÚDE: CONSENTIMENTO INFORMADO, O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA, E O ANALFABETISMO FUNCIONAL

Eduardo Dantas (*)

(*) Advogado, inscrito nas Ordens do Brasil e de Portugal; Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco (1995); Especialista em Direito de Consumo pela *Universidad de Castilla-La Mancha* (2001); Mestre em Direito Médico pela *University of Glasgow* (2007); Doutorando em Direito Civil pela Universidade de Coimbra; Ex Vice-Presidente e membro do *Board of Governors da World Association for Medical Law*; Procurador Jurídico do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco; Autor dos livros *Direito Médico* (Editora GZ, 2009), *Comentários ao Código de Ética Médica* (Editora GZ, 2010), *Droit Médical au Brésil* (Editora GZ, 2013); *Aspectos Jurídicos da Reprodução Humana Assistida* (Editora GZ, 2018); e *Contemporary Issues in Medical Law* (Editora GZ, 2018); Autor de diversos artigos publicados no Brasil, Portugal, Israel, EUA, Polónia, República Checa e França; Ex-Membro da Comissão Especial de Direito Médico do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (Gestões 2013/2015 e 2016/2018); Ex-Presidente da Comissão de Direito e Saúde da OAB/PE; Fundador e Ex-Presidente da Comissão de Direito Médico da OAB/AL; Membro honorário do grupo de pesquisas “Direito da Saúde e Empresas Médicas”, do Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA, sob coordenação do professor Miguel Kfourri Neto; Membro fundador e Diretor de Relações Públicas do Instituto Miguel Kfourri Neto; Vice-Presidente da Asociación Latinoamericana de Derecho Médico; Membro fundador e ex-presidente da Comissão Diretiva da ALDIS – Associação Lusófona de Direito da Saúde; Membro do IBERC – Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil; Vice-Presidente da Comissão Nacional de Direito Médico da Associação Brasileira de Advogados - ABA; Membro do Conselho Editorial da *Medicine & Law Journal*, revista da *World Association for Medical Law*; Coordenador do Conselho Editorial da Revista de Direito Médico e da Saúde. Contato: eduardodantas@eduardodantas.adv.br

RESUMO: A prática médica, por vezes, apresenta questões não previstas pelo ordenamento jurídico. Verdadeiros dilemas de ordem bioética podem surgir quando o determinado por lei, contraria, ou se mostra inadequado aos princípios regentes da medicina, fazendo com que o profissional se veja obrigado a escolher entre cumprir cegamente a lei, ou adotar práticas que sejam benéficas ao paciente. Um destes casos se dá justamente na impossibilidade de obtenção de um consentimento informado para a adoção de práticas terapêuticas, quando o paciente se mostra um analfabeto funcional, incapaz de compreender o que lhe é dito, e portanto, de decidir sobre os rumos de seu tratamento. Este problema assume proporções extremamente relevantes no contexto social brasileiro, sendo necessário repensar a adequação do fato bioético à norma jurídica.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia. Consentimento. Bioética. Analfabetismo funcional.

ABSTRACT: The medical practice, sometimes, faces issues not properly regulated by the legal system. Bioethical dilemmas may rise when the principles of medicine do not match what is determined by legal rules, obliging the healthcare provider to choose between following the rules by the book, or adopting other measures to benefit the patient. One of these issues appear exactly in those cases when it is impossible to obtain a proper informed consent from the patient, because of functional illiteracy, and he/she is unable to understand the consequences and possibilities of his treatment, and thus, decide which option will meet his/her best interests. This problem assumes relevant proportions when analyzed under the Brazilian social context, making it mandatory to rethink how can legal rules be adapted to the bioethical reality.

KEYWORDS: Autonomy. Consent. Bioethics. Functional illiteracy

RESUMEN: La práctica médica presenta en ocasiones cuestiones no cubiertas por el ordenamiento jurídico. Los verdaderos dilemas bioéticos pueden surgir cuando lo determinado por la ley contradice o resulta inadecuado a los principios rectores de la medicina, obligando al profesional a elegir entre cumplir ciegamente la ley o adoptar prácticas beneficiosas para el paciente. Uno de estos casos se da precisamente en la imposibilidad de obtener el consentimiento informado para la adopción de prácticas terapéuticas, cuando el paciente aparece como un analfabeto funcional, incapaz de comprender lo que se le dice y, por tanto, de decidir el rumbo de su tratamiento. Este problema asume proporciones extremadamente relevantes en el contexto social brasileño, haciendo necesario repensar la adecuación del hecho bioético a la norma jurídica.

PALABRAS CLAVE: Autonomía. Consentir. Bioética. Analfabetismo funcional.

1. Introdução. 2. Breve panorama sobre o analfabetismo funcional no Brasil. 3. Entre a realidade e a bioética: capacidade jurídica para consentir. 4. Aspectos práticos da transmissão de informações para pacientes com dificuldades de compreensão. A autonomia limitada. 5. Conclusões. 6. Bibliografia.

1. Introdução

Nos primeiros anos do Século 21, a medicina amplia o movimento no sentido de desprender-se de um arraigado e milenar paternalismo em sua relação com o paciente, começando a assumir e adotar um novo respeito por sua autonomia. Neste sentido, novos padrões de atuação para garantir a dignidade do paciente estão sendo criados e adotados – em um reconhecimento de que os profissionais de saúde não devem ser os únicos responsáveis na escolha das possibilidades terapêuticas, e que o caminho pode estar no processo compartilhado de tomada de decisões.

O conceito de autonomia, aplicada à atividade médica, pode ser muito bem resumida nas palavras de Rachel Sztajn⁽¹⁾:

A idéia de autonomia implica o reconhecimento ao respeito individual. Isto é, admitir que cada pessoa pode escolher, definir seus objetivos de vida. Ou seja, cada ser humano não tem autoridade nem deve ter poder sobre qualquer outro ser humano, não pode coagir outrem, limitar suas atividades ou impor sua vontade. Reconhecer a autonomia significa reconhecer o poder de decidir sobre o que acontece com o corpo, com a informação sobre a própria vida, os segredos, tomar decisões, enfim, ter direito de autodeterminação, observados a moral, os bons costumes e as normas cogentes próprias do convívio em sociedade.

Essa necessidade de respeito ao princípio bioético da autonomia do paciente não surge do nada, nem é fruto meramente de boas intenções de profissionais de saúde e pesquisadores: nas últimas décadas, criou-se o consenso de que intervenções não comunicadas – sejam elas terapêuticas ou em pesquisa – não poderiam ser realizadas.

Hoje, a maioria dos organismos médicos internacionais é guiada por declarações e convênios, que estabelecem o respeito à vontade do paciente, e a obrigatoriedade de o mesmo ser previamente informado e esclarecido dos riscos, efeitos e consequências de seu tratamento⁽²⁾.

O ordenamento jurídico brasileiro, por sua vez, acolhe este dever de informação, realçando a obrigatoriedade de o paciente – usuário de um serviço de saúde – ser esclarecido por seu cuidador, em respeito à sua liberdade, e atendendo aos seus melho-

¹ “A Responsabilidade civil do médico: visão bioética.” *In Revista de Direito Mercantil, Industrial, Econômico e Financeiro*, v. 108, ano 36, (nova série), out-dez 97, p. 97.

² Cite-se, apenas a título exemplificativo, a Declaração de Nuremberg, a Declaração de Helsínque, a Declaração Ibero-Latinoamericana sobre Ética e Genética (Manzanillo, 1996), a Declaração Universal sobre Genoma Humano e os Direitos Humanos (Unesco, 1997, Paris), e o Convênio sobre Direitos Humanos e Biomedicina (Convênio de Oviedo, Conselho de Europa, 1997)

res interesses³). Da mesma forma, o Código de Ética Médica, em várias de suas passagens, deixa clara a necessidade/obrigatoriedade de esclarecimento e consentimento prévios do paciente, para a realização de qualquer procedimento ou intervenção, salvo aqueles efetuados nos casos cuja inação implique perigo imediato de morte.

Este direito/dever tem, na relação médico x paciente, sua expressão máxima consubstanciada no processo de obtenção do consentimento informado, processo este no qual – em tese – se opera a troca de informações, a exposição clara e precisa de riscos a serem assumidos, opções possíveis para tratamento, bem como análise de suas possibilidades de sucesso e efeitos colaterais.

Advogando na mesma direção, se encontra Gilson Matos⁴:

O dever de informar significa que o médico necessita estabelecer um relacionamento aberto ao diálogo com seu paciente, informando-o da gravidade da doença, dos exames necessários à compreensão de sua extensão ou grau de avanço, os diversos tratamentos possíveis e o desenvolvimento de cada um (o quanto é invasivo e doloroso cada tratamento), os benefícios possivelmente alcançados, bem como os riscos dos procedimentos. Bernstein define os principais elementos que devem ser informados para a obtenção do consentimento: a) Naturaleza de la decisión o del procedimiento; b) Alternativas razonables a la intervención propuesta; c) Riesgos, beneficios e incertidumbres más importantes relacionados con cada alternativa; d) Evaluación de la capacidad de entendimiento del paciente; e) Aceptación de la intervención por parte del paciente.

E não se engane quem pensar que este dever do profissional de saúde (e em última análise, *direito* do paciente) se constitui em um ônus para aquele

primeiro: ao contrário, um processo de obtenção de consentimento, quando bem realizado, é um dos principais elementos de defesa, em um eventual processo ético ou judicial. O compartilhamento das responsabilidades, tanto na escolha quanto no cuidado ao longo do tratamento ou pós-intervenção, é essencial ao conceito moderno de serviços médicos.

Toda esta complexa e delicada relação, todavia, pressupõe capacidade – jurídica e formal – do paciente, para compreender e decidir (consentindo ou recusando-se). Impõe-se ao profissional de saúde, portanto, o seguinte dilema: como cumprir com a imposição legal e o dever bioético⁵ de informar e obter consentimento, com pacientes incapazes de compreender informações básicas, os chamados analfabetos funcionais?

2. Breve panorama sobre o analfabetismo funcional no Brasil

O analfabetismo funcional refere-se à situação em que uma pessoa, embora saiba reconhecer letras e números, ler e escrever palavras ou até mesmo frases simples, não consegue compreender, interpretar ou utilizar informações escritas em atividades cotidianas de forma a atender às demandas sociais e profissionais de sua vida. Dito de outra

43

⁵ Sobre textos legais e princípios, uma interessante e pertinente distinção é trazida por Gilson Matos (Op. Cit., pp 197-198): “Conforme preleciona Hertel acerca da diferença entre princípios e regras, ambos são classificados como espécies de normas, mas os princípios têm conteúdo axiológico mais abrangente e, ainda que em aparente conflito com outro princípio, não perdem o seu campo de aplicação: “não se confundem os princípios, as regras e as normas. Na verdade, princípios e regras são espécies de normas. A distinção entre regra e princípios, portanto, é uma distinção entre dois tipos de normas. Os princípios são normas de grau de generalidade alto e as regras são normas de grau relativamente baixo de generalidade. Os princípios estão mais próximos da noção de justiça, enquanto as regras podem ter um conteúdo apenas formal. No conflito entre regras, uma regra exclui a outra. Os princípios, de outro lado, não se excluem. Na verdade, apenas preponderam uns em relação aos outros em determinados casos. As regras ou são válidas ou não; já os princípios, ao contrário, podem ser ponderados”.

³ Neste sentido, vide Eduardo Dantas, in “Diferenças entre o consentimento informado e a escolha esclarecida, como excludentes de responsabilidade civil na relação médico x paciente”. In Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde, v. 08, 2007, Coimbra Editora, pp. 115-134.

⁴ Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica, p. 199

forma, é a incapacidade de fazer uso competente da leitura e da escrita em situações que requerem essas habilidades.

As informações recentemente divulgadas pelos meios de comunicação⁽⁶⁾, nesse sentido, são perturbadoras: Apenas 25% dos brasileiros acima dos 15 anos têm domínio pleno das habilidades de leitura e escrita. Ainda conforme esta pesquisa (aplicada desde 2001 pelo Instituto Paulo Montenegro, em parceria com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE)⁽⁷⁾, em amostragens de 2.000 sujeitos dos mais diversos estratos sociais), 38% dos brasileiros podem ser considerados analfabetos funcionais, sendo 8% absolutamente analfabetos, e 30% possuidores de um nível extremamente baixo de capacidade cognitiva.

Tais testes, ressalte-se, utilizam temas do cotidiano, notícias, bilhetes, pequenos textos etc., para mensurar a capacidade de leitura e escrita (bem como sua efetiva compreensão) nos mais básicos níveis de convivência social.

Esta preocupante constatação é corroborada por outros estudos, conforme dados expostos por Andréa Prieto⁽⁸⁾, e transcritos abaixo:

A UNESCO define analfabeto funcional como toda pessoa que sabe escrever seu próprio nome, assim como lê e escreve frases simples, efetua cálculos básicos, porém é incapaz de interpretar o que lê e de usar a leitura e a escrita em atividades cotidianas, impossibilitando seu desenvolvimento pessoal e profissional. Ou seja, o analfabeto funcional não consegue extrair o sentido das palavras, colocar idéias no papel por meio da escrita, nem fazer

operações matemáticas mais elaboradas.

No Brasil, o índice de analfabetismo funcional é medido entre as pessoas com mais de 20 anos que não completaram quatro anos de estudo formal. O conceito, porém, varia de acordo com o país. Na Polônia e no Canadá, por exemplo, é considerado analfabeto funcional a pessoa que possui menos de 8 anos de escolaridade.

De acordo com esta declaração, o analfabetismo funcional é um problema significativo em todos os países industrializados e em desenvolvimento. No Brasil, 75% das pessoas entre 15 e 64 anos não conseguem ler, escrever e calcular plenamente. Esse número inclui os 68% considerados analfabetos funcionais e os 7% considerados analfabetos absolutos, sem qualquer habilidade de leitura ou escrita. Apenas 1 entre 4 brasileiros consegue ler, escrever e utilizar essas habilidades para continuar aprendendo.

Basicamente, há três tipos distintos de alfabetização, sendo os dois primeiros níveis classificados como alfabetização meramente funcional: o primeiro deles é o rudimentar, ou seja, aquele que apenas consegue ler e compreender títulos de textos e frases curtas; e apesar de saber contar, têm dificuldades com a compreensão de números grandes e em fazer as operações aritméticas básicas; o segundo é o básico, que engloba aqueles que conseguem ler textos curtos, mas só conseguem extrair informações esparsas no texto e não conseguem tirar uma conclusão a respeito do mesmo; e também conseguem entender números grandes, conseguem realizar as operações aritméticas básicas, entretanto sentem dificuldades quando é exigida uma maior quantidade de cálculos; e por fim, a alfabetização plena, que vem a designar aquele grupo de pessoas que detêm pleno domínio da leitura, escrita, dos números e das operações matemáticas (das mais básicas às mais complexas).

Diferente do analfabetismo absoluto, o analfabetismo funcional refere-se à incapacidade de compreender ou utilizar informações escritas no cotidiano, mesmo podendo reconhecer palavras ou frases. Essa deficiência impacta a capacidade de to-

⁶ Agência Folha Online: “Analfabetismo funcional atinge 38% em pesquisa”. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u13599.shtml>

⁷ Que a partir de janeiro de 2021 se transformou em IPEC – Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica.

⁸ Em seu artigo “Analfabetismo Funcional”, disponível online no endereço web <http://www.planetaeducacao.com.br/novo/artigo.asp?artigo=700> em 23/02/2009

mar decisões informadas.

Pacientes com analfabetismo funcional podem:

- Mal interpretar informações escritas ou verbais.
- Não seguir corretamente instruções terapêuticas.
- Sentir-se envergonhados, evitando fazer perguntas ou buscar esclarecimentos.

O analfabetismo funcional pode limitar a autonomia do paciente, pois:

- A tomada de decisões exige compreensão clara das informações.
- Pacientes podem depender excessivamente de terceiros para decisões.
- Pode haver uma propensão ao consentimento sem real compreensão.

Para abordar o analfabetismo funcional, os profissionais de saúde podem:

- Utilizar linguagem simples e clara.
- Empregar recursos visuais ou demonstrativos.
- Verificar a compreensão do paciente através de técnicas como o “ensino de retorno”.

Em casos de analfabetismo funcional acentuado, envolver familiares ou cuidadores na discussão pode garantir que o paciente receba e compreenda as informações necessárias.

A formação de profissionais de saúde deve incluir estratégias para identificar e apoiar pacientes com analfabetismo funcional, respeitando sua autonomia.

Os profissionais de saúde devem equilibrar a necessidade de informar o paciente com o reconhecimento das limitações impostas pelo analfabetismo funcional, evitando qualquer forma de paternalismo. A interação entre autonomia e analfabetismo

funcional apresenta desafios complexos na prática médica. Reconhecendo e abordando proativamente esses desafios, os profissionais de saúde podem fortalecer a relação médico-paciente, promover a autonomia e garantir melhores resultados de saúde.

Para o objeto da nossa reflexão, necessário adicionar ao conceito de analfabetismo funcional, a discussão sobre a literacia em saúde.

A literacia em saúde refere-se à capacidade dos indivíduos de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões apropriadas sobre saúde. Envolve não apenas a leitura e a escrita, mas também as habilidades de escuta, fala, aritmética, e a capacidade de aplicar essas habilidades às situações relacionadas à saúde.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, os avanços tecnológicos e o aumento da responsabilidade dos pacientes em gerenciar sua própria saúde tornaram a literacia em saúde um tema de interesse crescente nas últimas décadas. O conceito começou a ganhar destaque nos anos 1970 e 1980, quando estudos começaram a vincular diretamente a literacia ao bem-estar e aos resultados em saúde.

Dentre os diversos problemas causados pela falta de literacia em saúde – problema intimamente ligado ao analfabetismo funcional – podem ser destacados:

1. **Má adesão ao tratamento:** Pacientes que não entendem as instruções médicas tendem a não seguir corretamente prescrições ou recomendações de tratamento. A adesão ao tratamento refere-se à capacidade do paciente de seguir as instruções médicas conforme prescrito, seja tomando medicamentos corretamente, fazendo alterações no estilo de vida ou seguindo outras orientações. A literacia em saúde

deficiente pode dificultar a compreensão do paciente sobre porque um tratamento é necessário, como ele deve ser administrado e qual é a importância de segui-lo à risca. Quando os pacientes não aderem adequadamente ao tratamento, podem não receber os benefícios completos dele. Isso pode resultar em progressão da doença, complicações, re-hospitalizações e até morte. Tome-se aqui o exemplo de um paciente que não compreende a importância de tomar um antibiótico pelo período completo pode interromper o tratamento assim que se sentir melhor, o que pode levar ao desenvolvimento de bactérias resistentes.

2. **Maior risco de hospitalização:** Uma compreensão inadequada dos cuidados de saúde pode levar a problemas de saúde agravados e hospitalizações evitáveis. Pacientes com baixa literacia em saúde podem não reconhecer os sinais e sintomas de agravamento de suas condições, o que pode levar a tratamentos tardios e hospitalizações evitáveis. Isso resulta em custos elevados para o sistema de saúde, aumento do período de internação e piores desfechos de saúde para os pacientes. Assim, um paciente diabético que não compreende as instruções sobre como monitorar e controlar seus níveis de glicose pode acabar sendo hospitalizado devido a complicações evitáveis.
3. **Uso inadequado de serviços:** Como visitas desnecessárias ao pronto-socorro. Sem uma compreensão clara de quando e como buscar cuidados médicos, os pacientes podem utilizar serviços de saúde

de maneira inadequada, como visitar o pronto-socorro por problemas não urgentes. O uso excessivo de serviços como o pronto-socorro aumenta os custos para o sistema de saúde, tira recursos de pacientes que precisam de atendimento urgente e pode resultar em tratamentos menos eficazes para os pacientes. Uma pessoa que tem uma dor de cabeça leve e busca atendimento no pronto-socorro em vez de consultar um clínico geral.

4. **Dificuldades na prevenção:** Falha em seguir guidelines de prevenção, como exames de rastreamento ou vacinação. A prevenção de doenças e a promoção da saúde dependem da compreensão e adoção de comportamentos saudáveis. A literacia em saúde deficiente pode levar a uma falha em seguir recomendações preventivas. Sem medidas preventivas adequadas, os pacientes correm um risco maior de desenvolver doenças ou complicações. Clássico exemplo é a falha em compreender a importância e o calendário de vacinação, resultando em vulnerabilidade a doenças evitáveis.
5. **Resultados de saúde piores:** Em geral, pessoas com baixa literacia em saúde têm mais comorbidades e piores resultados de saúde. Em geral, a literacia em saúde está diretamente relacionada à capacidade dos pacientes de gerenciar e melhorar sua saúde. A falta dela pode levar a uma gestão inadequada de condições crônicas, o que resulta em piores desfechos, que incluem uma qualidade de vida reduzida, progressão mais rápida de doenças, maior morbidade e mortalidade. Um paciente com hiperten-

são que não compreende a importância de monitorar regularmente sua pressão arterial ou seguir uma dieta apropriada pode sofrer complicações como ataques cardíacos ou derrames.

Na prática médica cotidiana, há o fator humano complicador, ou seja, todo um conjunto de dificuldades e cuidados para transmitir informações, que podem ser assim elencados: A variedade de contextos culturais e socioeconômicos envolvidos, sendo crucial ser sensível a diferentes fundos culturais e linguísticos; A necessidade de simplificar o jargão médico, posto que profissionais de saúde muitas vezes usam termos que são desconhecidos para o paciente; A necessidade de verificar a compreensão, vale dizer, não assumir que o paciente entendeu só porque ele acenou com a cabeça; E a necessidade de envolver o paciente no processo informacional, promovendo verdadeira comunicação bidirecional.

A depender das condições específicas de cada região em particular, e dos recursos – humanos e financeiros – disponíveis, é possível desenhar algumas soluções para o problema da baixa literacia em saúde:

A educação do paciente, através da adoção de políticas para implementar programas educativos personalizados, que abordam tanto informações gerais sobre saúde quanto detalhes específicos relacionados a doenças ou condições particulares que o paciente possa ter. Dentre os benefícios imediatos estão a melhora na compreensão do paciente sobre sua saúde e suas condições, o que pode levar a melhores decisões e comportamentos de saúde. Um bom exemplo são os workshops sobre nutrição para pacientes diabéticos, ensinando-os sobre controle de glicemia através da dieta.

O treinamento para profissionais de saúde, ensinar sobre a importância da literacia em saúde e técnicas de comunicação eficazes, oferecendo

cursos e workshops sobre técnicas eficazes de comunicação e a importância da literacia em saúde, promovendo a comunicação mais clara entre profissionais da saúde e pacientes, ajudando a garantir que os pacientes entendam e sigam as recomendações médicas, e realizando treinamento em técnicas de “ensino de retorno”, onde o profissional pede ao paciente para repetir a informação ou instrução dada, garantindo a compreensão.

A confecção de materiais de fácil leitura, desenvolvendo folhetos criando e disponibilizando materiais e outros recursos escritos em linguagem simples e com visuais intuitivos, acompanhados de ilustrações ou gráficos claros. Tal medida facilita a compreensão e o acesso à informação sobre saúde para todos, independentemente do nível educacional ou da literacia em saúde.

Desenvolver e promover o uso de aplicativos e plataformas digitais que auxiliem os pacientes na gestão da sua saúde. A medida proporciona aos pacientes ferramentas para monitorar e gerenciar sua saúde de forma mais eficaz, com lembretes, informações e registros. Tome-se por exemplo um aplicativo que lembra o paciente de tomar seus medicamentos, oferecendo também detalhes sobre cada medicamento e possíveis efeitos colaterais.

O estabelecimento de “programas voluntários de mentoria”, onde pacientes mais experientes ajudariam novos pacientes a navegar no sistema de saúde. Novos pacientes recebem conselhos práticos e apoio emocional, facilitando a adaptação e compreensão. Pacientes que já passaram por tratamentos de quimioterapia ajudando recém-diagnosticados com câncer, compartilhando suas experiências.

Garantir que os pacientes compreendam suas condições e tratamentos através de revisões regulares, com profissionais da saúde revisando regularmente as instruções e informações dadas aos pa-

cientes, verificando sua compreensão e esclarecendo dúvidas. A medida permitiria que o paciente compreendesse e seguisse corretamente as instruções, e que suas dúvidas fossem esclarecidas. A implementação desta solução permitiria que, durante consultas de acompanhamento, o médico revisse a medicação do paciente, esclarecendo o propósito de cada uma e verificando se estão sendo tomadas corretamente.

Outro caminho viável seria implementar programas de promoção da saúde e alfabetização em saúde em nível comunitário, estimulando uma abordagem coletiva para melhorar a literacia em saúde, envolvendo toda a comunidade na promoção da saúde. Palestras e workshops em centros comunitários sobre temas como alimentação saudável, atividade física e prevenção de doenças, são bons exemplos para a execução da medida.

Finalmente, mas não menos importante, a definição de políticas públicas para implementar ações que visem a promoção da literacia em saúde desde a infância, com efetiva participação das escolas, cultivando uma população mais bem informada, capaz de tomar decisões conscientes sobre sua saúde, e a inclusão de módulos sobre saúde e bem-estar nos currículos escolares, ensinando as crianças desde cedo sobre a importância da saúde e como cuidar de si mesmas.

Promover a literacia em saúde é fundamental para garantir que os pacientes possam tomar decisões informadas, prevenir problemas de saúde e gerenciar efetivamente suas condições. Mais que isso, é uma necessidade urgente, visto que as decisões relacionadas à saúde têm implicações diretas na qualidade e expectativa de vida das pessoas.

Cada uma dessas soluções contribui para fortalecer a literacia em saúde, melhorando assim os desfechos para os pacientes e otimizando os recursos do sistema de saúde.

3. Entre a realidade e a bioética: capacidade jurídica para consentir

Como deve um médico lidar com pacientes que tenham dificuldade de compreender informações, para garantir que obteve um consentimento realmente informado e esclarecido, válido, capaz de demonstrar que as informações transmitidas foram entendidas e ponderadas?

Garantir um consentimento informado e esclarecido é uma responsabilidade ética e legal do médico. Quando os pacientes têm dificuldade em compreender informações, esse processo pode ser mais desafiador, mas não menos crucial. Aqui estão algumas estratégias e etapas para médicos lidarem com essa situação:

Linguagem simples: Evitar jargões médicos ou linguagem técnica. Usar palavras simples e explicar os conceitos em termos que o paciente possa entender. Tal atitude é importante porque facilita a compreensão e garante que o paciente saiba exatamente o que está sendo proposto.

Apresentação gradual: Apresentar as informações em etapas, começando pelo básico e avançando para os detalhes, conforme a compreensão do paciente. Tal comportamento impede que o paciente fique sobrecarregado e permite que ele absorva e processe as informações em um ritmo adequado, especialmente em um ambiente/situação em que ele já se encontra em situação de vulnerabilidade emocional.

O uso de recursos visuais: Diagramas, modelos, gráficos ou ilustrações para ajudar a explicar procedimentos, riscos e benefícios. Algumas pessoas compreendem melhor visualmente, e os recursos visuais podem complementar as explicações verbais.

Ensino de retorno: Depois de fornecer uma informação, pedir ao paciente para explicar com

suas próprias palavras o que ele entendeu. Isso verifica a compreensão do paciente e identifica áreas que podem precisar de esclarecimento adicional.

Atitude aberta: Encorajar perguntas e garantir que o paciente se sinta à vontade para expressar preocupações ou pedir repetições. Esta atitude pode estabelecer uma comunicação bidirecional e reforça a confiança entre médico e paciente.

Acompanhamento por escrito: Fornecer ao paciente um resumo escrito das informações discutidas, bem como do consentimento a ser assinado. Isso permite que o paciente revise as informações em seu próprio tempo e tenha um recurso para referência futura.

Suporte de terceiros: Se apropriado e com a permissão do paciente, incluir familiares ou cuidadores na conversa para ajudar na compreensão e retenção das informações. Ter um ente querido ou cuidador envolvido pode fornecer suporte adicional ao paciente e garantir que as informações sejam compreendidas e lembradas.

Ambiente adequado: Assegurar-se de que a conversa ocorra em um ambiente calmo, privado e sem pressa, onde o paciente sinta-se confortável para interagir é essencial, posto que um ambiente adequado minimiza distrações e estresse, facilitando a comunicação efetiva.

Revisão regular: Revisitar as informações em consultas subsequentes ou antes de um procedimento, reforçando os pontos-chave e esclarecendo dúvidas, garante que o paciente permaneça informado e que qualquer mudança em sua decisão seja baseada em uma compreensão clara.

Ao seguir estas etapas, o médico pode ter mais confiança de que o consentimento obtido é genuinamente informado e esclarecido, respeitando os direitos do paciente e cumprindo suas obrigações éticas e legais.

Como deve ser feito o registro em prontuário do paciente dessas medidas adotadas? E nas situações em que não existem condições ideais (ou mesmo tempo suficiente) para este atendimento seguro, o que deve o médico fazer, e como registrar em prontuário?

O registro adequado no prontuário do paciente é fundamental para garantir a transparência, responsabilidade e continuidade do cuidado. Ele serve como uma prova escrita do cuidado prestado e das interações entre o médico e o paciente.

Em condições ideais, é necessário descrever detalhadamente a conversa/consulta que teve com o paciente, incluindo os riscos, benefícios, alternativas e consequências da não realização do procedimento ou tratamento proposto. Registrar os métodos de comunicação específicos usados para garantir a compreensão do paciente, como a utilização de linguagem simples, recursos visuais ou a presença de familiares/cuidadores. Caso o paciente tenha feito perguntas específicas ou expressado preocupações, registrá-las juntamente com as respostas ou soluções fornecidas.

Se houver uma razão médica urgente que justifique a falta de um processo de consentimento detalhado, ela deve ser claramente registrada. Por exemplo, em emergência em que a demora pode resultar em dano grave ou morte.

Mesmo em situações urgentes, sempre que possível, deve haver a documentação do esforço para informar o paciente, registrando-se qualquer informação que tenha sido fornecida e como ela foi transmitida. Acaso viável, ter uma testemunha presente (como outro profissional de saúde) durante qualquer conversa. Eles podem corroborar o que foi dito e entendido. Pertinente indicar no prontuário se há planos para fornecer informações mais detalhadas ao paciente quando a situação se esta-

bilizar, especificando claramente porque o tempo ou as condições não eram ideais para um consentimento completo. Ser específico é sempre recomendável: “Havia risco de comprometimento da vida do paciente se o tratamento fosse adiado para obter um consentimento mais detalhado”.

Em todas as situações, a honestidade e a transparência são cruciais. O prontuário do paciente deve refletir a realidade do cuidado prestado e das interações ocorridas. Se um médico estiver em dúvida sobre como proceder em situações complicadas, buscar aconselhamento de colegas ou da comissão de ética da instituição pode ser benéfico.

Disciplina relativamente recente no campo do conhecimento, a bioética tem uma nobre e ingrata função: prover caminhos e possíveis soluções para os conflitos que se apresentam nas relações sociais, na cada vez mais complexa interação entre as atividades humanas. Mais ainda: deve prover critérios para que sejam solucionados conflitos entre princípios éticos, deontológicos e normas jurídicas, especialmente no que tange às atividades de saúde.

Em outras palavras: sua missão é resolver conflitos para os quais não existe uma previsão legal, ou mesmo respostas previamente estabelecidas (justamente pela inexistência mesmo das próprias perguntas até então).

Neste sentido, e mantendo o foco no objeto do presente estudo, um claro conflito ético e jurídico se apresenta ao profissional de saúde, quando do contato com seu paciente: de um lado, a necessidade de respeitar um comando legal, que normatiza a capacidade decisória de um indivíduo, dotando-o de autonomia para tomar suas próprias decisões (aliada, claro, a um dever – este ao mesmo tempo legal e ético – de prover ao paciente todas as informações pertinentes e necessárias ao tratamento e às escolhas a serem tomadas); e de outro, a realidade

de da absoluta impossibilidade de atender esta norma, deixando o destino de um tratamento nas mãos de um paciente leigo e que, a despeito de uma lei dotá-lo de *competência jurídica* e *capacidade decisória*, ser claramente incapaz de compreender as informações que lhe são transmitidas por seu médico.

As limitações do analfabetismo funcional (cujas estatísticas anteriormente mencionadas demonstram ser uma realidade presente e ativa), que por sua vez impactam a literacia em saúde, materializam os seguintes questionamentos: em um contexto de cuidados de saúde, no âmbito da relação médico e paciente, pode uma pessoa civilmente capaz – assim definida por imposição legal – ser considerada como desprovida de autonomia decisória? Que medidas devem ser adotadas nesta situação, de modo a resguardar os direitos do paciente, e (tão importante quanto) prevenir a responsabilidade jurídica do profissional de saúde?

Para responder a estas perguntas, é necessário analisar e entender – ainda que brevemente – o que a legislação civil entende por capacidade para consentir. Uma manifestação de consentimento, tomada por alguém civilmente incapaz, não produz efeitos jurídicos. A *capacidade*, pois, é requisito inescapável para a validade do consentimento, ou seja, para a efetivação do exercício da autonomia de um paciente.

O critério adotado pela legislação brasileira como regra geral (e genérica) para a existência (ainda que presumida) de capacidade, é o da idade, ou maioridade civil. Atualmente, esta condição é atingida aos 18 (dezoito) anos, sendo relativa a partir dos 16 (dezesseis) de idade. Mesmo entre normas legais – que em tese, deveriam ser harmônicas – há necessidade de interpretação sistêmica, posto que neste aspecto o Código Civil determina capacidade presumida, e o Estatuto da Criança e do

Adolescente assegura àqueles por ele tutelados o respeito a sua autonomia.

Há previsão legal para a *restrição* ao exercício dos atos da vida civil, e dentre eles, a autonomia decisória, determinando-se assim que sejam assistidos por terceiros, seja em razão de parentesco, relação de ordem civil ou por determinação judicial.

Estas restrições – que retiram ou reduzem a capacidade de autodeterminação, em virtude de idade, doença, condição mental permanente ou temporária – existem para proteger os interesses da pessoa, preservando-lhe a segurança jurídica e sua dignidade, em consonância com o princípio da dignidade da pessoa, alçado à condição de fundamento de todo o ordenamento jurídico brasileiro, por força de comando inserto no artigo primeiro da Constituição da República.

A relação médico-paciente é fundamentalmente baseada em confiança e compreensão mútuas. No coração dessa relação está o princípio do consentimento informado, que requer que os pacientes tenham a capacidade de compreender informações relevantes e de tomar decisões informadas sobre sua saúde. A capacidade jurídica e a capacidade clínica são dois conceitos críticos relacionados ao consentimento, mas com nuances distintas.

A capacidade jurídica se refere ao reconhecimento legal de uma pessoa como apta para desfrutar de direitos e cumprir deveres no âmbito do direito civil. Um exemplo seria uma pessoa que atinge a maioridade e, por consequência, obtém o direito legal de assinar contratos, votar ou casar-se sem o consentimento dos pais.

Em algumas circunstâncias, a capacidade jurídica pode ser restringida ou removida, como no caso de indivíduos que são legalmente declarados incapazes por um tribunal devido a doença mental, demência ou outras condições.

Por outro lado, a capacidade clínica é uma avaliação médica da habilidade de um paciente de compreender informações relevantes sobre sua condição e tratamento, e de tomar decisões informadas com base nessa compreensão. Um paciente diagnosticado com depressão grave pode ter momentos de lucidez onde ele entende plenamente os riscos e benefícios de um tratamento proposto, indicando capacidade clínica. Em outros momentos, a doença pode comprometer essa capacidade.

Diferentemente da capacidade jurídica, a capacidade clínica pode variar ao longo do tempo e em diferentes contextos. Alguém pode ter a capacidade de tomar decisões sobre certos tratamentos, mas não sobre outros mais complexos.

Uma pessoa com uma condição cognitiva leve pode ser capaz de consentir para um procedimento simples, como um exame de sangue, mas não para uma cirurgia cardíaca invasiva.

Em alguns casos, a capacidade jurídica e clínica se cruzam. Um indivíduo legalmente incapaz pode requerer um tutor ou curador para tomar decisões médicas em seu nome.

Enquanto a capacidade jurídica é determinada por critérios legais e é geralmente uma decisão binária (capaz ou incapaz), a capacidade clínica é avaliada por profissionais de saúde com base em critérios clínicos e pode ser mais matizada.

Os médicos avaliam a capacidade clínica considerando vários fatores, como o entendimento do paciente sobre sua condição, os riscos e benefícios do tratamento, as alternativas disponíveis e as consequências da não intervenção.

Uma paciente grávida que recusa uma cesariana pode ser avaliada em relação à sua capacidade de compreender os riscos potenciais para si mesma e para o bebê, e de tomar uma decisão informada.

Em situações em que a capacidade clínica está em dúvida, e a decisão pode ter consequências significativas, pode ser necessário obter uma segunda opinião ou envolver uma equipe multidisciplinar.

O equilíbrio entre respeitar a autonomia do paciente e garantir o seu bem-estar pode ser desafiador. Médicos podem se encontrar em situações em que têm que ponderar a capacidade clínica contra decisões que parecem não estar no melhor interesse do paciente. Um paciente com câncer em estágio inicial pode recusar tratamento, a despeito de ter alta chance de cura. O médico, acreditando na capacidade clínica do paciente, deve respeitar essa escolha, mesmo que discorde dela.

Em muitos locais, existem leis e protocolos que orientam os médicos sobre como avaliar a capacidade e obter consentimento. É crucial que os médicos estejam cientes dessas diretrizes.

Independentemente das nuances da capacidade, o objetivo central é respeitar os direitos dos pacientes, garantindo que suas decisões sejam informadas, voluntárias e, na medida do possível, autônomas. Em situações em que a capacidade clínica é incerta, pode ser prudente adiar decisões não urgentes até que a capacidade possa ser adequadamente avaliada.

Em todas as situações, a documentação adequada é crucial. Isso inclui registrar as discussões sobre o consentimento, a avaliação da capacidade clínica e as razões para quaisquer decisões tomadas.

Os médicos devem buscar educação contínua sobre ética médica, avaliação de capacidade e consentimento informado para garantir que suas práticas estejam atualizadas e alinhadas com as melhores práticas.

Enquanto a capacidade jurídica é uma determinação legal do status de um indivíduo para desfrutar de direitos e cumprir deveres civis, a capacidade clínica é uma avaliação da habilidade do paciente

de compreender e tomar decisões médicas. Ambas são essenciais para a prática ética da medicina e para garantir que os direitos dos pacientes sejam respeitados.

O que se percebe, portanto, e de maneira mais clara, é que a *capacidade civil* difere da *capacidade de decisão terapêutica*, elemento essencial à materialização do princípio bioético da autonomia do paciente. Para que esta última seja determinada, é preciso uma análise individualizada das potencialidades cognitivas do paciente, de seu grau de discernimento, inteligência emocional e maturidade para compreender, ponderar e analisar as possibilidades que lhe são apresentadas, de modo a poder exercer seu direito a uma escolha esclarecida.

Um paciente legalmente capaz, mas que esteja sofrendo de depressão clinicamente diagnosticada, por exemplo, teria sua competência para decidir sobre os rumos de seu tratamento prejudicada? Ou ainda, paciente sob efeito de determinados medicamentos, teria temporariamente sua capacidade de discernimento alterada? Certamente que a probabilidade de uma resposta afirmativa para ambas as perguntas é bastante elevada, demonstrando que, quando se trata do atendimento à saúde, nem sempre o determinado pela *norma* se adequa ao *fato*.

Assim complementa Livia Pithan⁹:

Não raras vezes, no âmbito da prática médica, os profissionais da saúde se deparam com pacientes que, embora legalmente capazes, podem ser considerados dotados de especial vulnerabilidade, não àquelas vulnerabilidades a que todos estamos submetidos e que superamos ao longo de nossas vidas, pois essas são inerentes ao desenvolvimento físico e intelectual dos seres humanos, mas sim àquelas vulnerabilidades incidentais, circunstâncias desfavoráveis que tornam os pacientes ainda mais suscetíveis a, ou em perigo de, sofrer danos, e, portanto, sem capacidade real de decidir o melhor para si.

⁹ No artigo “Capacidade Decisória do Paciente: Aspectos jurídicos e bioéticos”, publicado no livro *Ciclo de Conferências em Bioética I*, Lúmen Júris, Rio de Janeiro, 2005, p. 128.

E complementa⁽¹⁰⁾:

Conforme Paulo Antonio de Carvalho Pontes, “a avaliação da competência de uma pessoa para tomar decisões é uma das mais complexas questões éticas impostas aos profissionais de saúde”. Lembra o autor que desordens emocionais e mesmo alterações físicas podem comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões, reduzindo a autonomia do paciente, dificultando o estabelecimento de limites precisos de capacitação individual de compreensão, de deliberação, de escolha racional.

O desafio aqui apresentado no estudo em tela é, pois, conseguir compatibilizar o fato social (o analfabetismo funcional), que impede o exercício pleno da autonomia decisória e o direito/dever de informação e as normas jurídicas e deontológicas, que impõem esta obrigação aos profissionais de saúde, no exercício de seu mister.

4. Aspectos práticos da transmissão de informações para pacientes com dificuldades de compreensão. A autonomia limitada.

Ainda que de importância inegável, não se pode permitir que a discussão sobre o exercício do direito de autodeterminação do paciente na prática médica se atenha apenas ao conteúdo formal de um documento de consentimento. Efetivamente, as técnicas utilizadas para a sua obtenção, devem ser corretamente demonstradas em um eventual processo judicial, por exemplo, sendo inservível um documento padrão, razoavelmente completo. Especialmente no caso de analfabetos funcionais, é preciso que as estratégias utilizadas durante o processo de obtenção do consentimento sejam reformuladas, e que mais atenção seja disponibilizada ao paciente que se mostra incapaz de compreender o que lhe é dito.

Cabe ao profissional de saúde entender que tal comportamento não pode ser visto como um favor,

ou simples perda de tempo em um hospital ou ambulatório repleto de pessoas aguardando para serem atendidas, mas sim, representa o cumprimento de uma imposição legal. Mais que isso, é medida de segurança jurídica para si.

Os termos de consentimento informado, escritos em linguagem compreensível apenas para iniciados na medicina, ou por indivíduos com grau de alfabetização plena, não atendem ao dever de informação, não constituem meio eficaz de prova do cumprimento de uma obrigação. Simplesmente despejam grande conteúdo de dados, mas não esclarecem, fazendo com que o objetivo da norma seja flagrantemente descumprido.

A transmissão das informações, em tais casos, deve ser primordialmente realizada de maneira oral, com a observação da leitura do termo de consentimento, e sua aceitação, realizada na presença de uma testemunha capaz de compreendê-lo, escolhida pelo próprio paciente, devidamente registrada em prontuário.

Nas hipóteses em que tal apresentação não viole o sigilo profissional, ou mesmo em que haja concordância expressa do paciente, um outro funcionário do serviço de saúde também pode estar presente. O importante, além de envidar esforços para uma efetiva compreensão, é ser capaz de demonstrá-los posteriormente.

Se trata, pois, não apenas de medidas protetivas dos profissionais de saúde, mas principalmente do respeito à autodeterminação do paciente, que somente pode exercê-lo de maneira plena se adotados os cuidados necessários, adequados à sua condição cognitiva.

Agindo desta maneira, o profissional deixa de atrair para si uma responsabilidade jurídica que não precisa, afastando ainda uma prática paternalista desnecessária, que foge aos conceitos contemporâ-

¹⁰ Op. Cit., p. 130

neos de responsabilidade compartilhada, trazendo o paciente para o centro do processo decisório sobre o tratamento, e cumprindo com os requisitos legais aplicáveis à prestação do serviço médico.

5. Conclusões

A atuação médica em um paciente deve ser sempre precedida de seu consentimento, exercício regular e válido de sua autonomia de vontade, permitindo ou não a intervenção. Este consentimento, que deve ser – mais do que informado – proveniente de um processo de escolha esclarecida, e livre de ingerências externas (inclusive do próprio médico) se verifica com a discussão prévia de todas as possibilidades terapêuticas possíveis, suas conseqüências e alternativas.

Tal consentimento, portanto, somente pode ser obtido se atendidos os requisitos legais e deontológicos de transmissão correta, clara e adequada das informações pertinentes ao tratamento. Para tanto, não basta um procedimento padrão de apresentação de dados. Esta atuação mecanizada de um profissional de saúde não atende aos comandos normativos que o obrigam a informar. É preciso que a informação não seja simplesmente transmitida, mas sim, compreendida pelo interlocutor.

A realidade brasileira apresenta, todavia, um aspecto bastante peculiar – o alto índice de analfabetismo funcional – que faz com que boa parte da população usuária dos serviços de saúde não tenha desenvolvido a habilidade de – efetivamente – compreender as informações que lhe são apresentadas, não podendo, assim, exercer verdadeiramente seu direito à autonomia.

Observe-se que tratamos aqui apenas do analfabeto funcional, para fins de delimitação do estudo. Situação igualmente ou mais grave é a do paciente analfabeto. A impossibilidade de ler, e por

vezes, compreender os mais básicos conceitos que lhe são transmitidos, limitam o paciente de maneira a prejudicar a sua capacidade (bioética, ainda que possua a jurídica) de exercer a autonomia quanto ao compartilhamento de decisões relativas ao seu tratamento.

Tal situação não exime os médicos de seu dever legal, o que gera um dilema de ordem prática. O procedimento a ser adotado – em respeito ao paciente, e buscando também evitar a responsabilização civil pela quebra do dever de informação, ou mesmo – nova tendência dos tribunais – o deferimento de indenização por perda de uma chance, é ainda mais complexo e demorado do que o processo de entrega normal de informação, mas nem por isso pode ou deve ser negligenciado.

Para tanto, testemunhas devem ser providenciadas (não apenas pelo aspecto jurídico, defensivo, mas também para permitir ao paciente que pessoas de sua confiança o ajudem a compreender sua própria responsabilidade para com o tratamento), bem como cuidados redobrados deverão ser adotados na elaboração do prontuário deste mesmo paciente, dele constando, de maneira clara e completa, as informações que foram transmitidas ao paciente, os elementos de risco que foram ressaltados, e as impressões obtidas quanto ao seu entendimento da gravidade e/ou implicações do tratamento a ser adotado (bem como sua concordância em fazê-lo).

A lição mais importante que sobressai desta reflexão, todavia, sem prejuízo das opiniões em contrário que eventualmente se levantem, é o fato de que – dada a própria complexidade natural, e especificidade de uma relação de cuidados terapêuticos – o conceito de capacidade decisória para fins de tratamento de saúde, analisado sob o ponto de vista da bioética, não pode se restringir aos espec-

tos legalistas adotados pelo Direito.

Em havendo clara dissociação entre o conceito de capacidade, adotado pela lei civil, e a real capacidade de autonomia para decisões terapêuticas do paciente, esta última deve ser levada à balança das considerações portando um maior peso, em respeito aos princípios da dignidade humana do paciente, sendo este prisma utilizado para permitir uma leitura da situação muito mais voltada aos princípios, de ordem constitucional, que as normas legais, de cunho dogmático, mas por vezes, insuficientes ou inadequados ante à realidade social.

6. Bibliografia

- Agência FOLHA ONLINE. “Analfabetismo funcional atinge 38% em pesquisa”. Capturado em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u13599.shtml>, em 23/02/2009.
- DANTAS, Eduardo. “Diferenças entre o consentimento informado e a escolha esclarecida, como excludentes de responsabilidade civil na relação médico x paciente”. In *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, v. 08, 2007, Coimbra Editora, pp. 115-134.
- LORENZO, Cláudio. “O consentimento livre e esclarecido e a realidade do analfabetismo funcional no Brasil: uma abordagem para a norma e para além da norma”. In *Revista BIOÉTICA* 2007, vol. 15(2), CFM, Brasília, pp. 268-282.
- MATOS, Gilson Ely Chaves de. “Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica”. In *Revista BIOÉTICA* 2007, vol. 15(2), CFM, Brasília, pp. 196-213.
- MORAES, Queilla. “Analfabetismo Funcional: uma realidade intrigante e atual. Capturado em <http://www.webarquivos.com.br/articles/13048/1/analfabetismo-funcional/pagina1.html> em 23/02/2009.
- PITHAN, Livia Haygert *et alli*. “Capacidade Decisória do Paciente: Aspectos jurídicos e bioéticos”. In *Ciclo de Conferências em Bioética I*, Lúmen Júris, Rio de Janeiro, 2005, pp. 121-137.
- PRIETO, Andréa Cristina Sória. “Analfabetismo Funcional”. Capturado em <http://www.planetaeducacao.com.br/novo/artigo.asp?artigo=700> em 23/02/2009.
- SCARPELLI, Ana Carolina *et alli*. “Vulnerabilidade socioeconômica versus autonomia na pesquisa em saúde”. In *Revista BIOÉTICA* 2007, vol. 15(2), CFM, Brasília, pp. 298-307.
- SZTAJN, Rachel. “A Responsabilidade civil do médico: visão bioética.” In *Revista de Direito Mercantil, Industrial, Econômico e Financeiro*, v. 108, ano 36, (nova série), out-dez 97, pp. 93-97.

