

# INTRODUÇÃO

## Tema e estrutura do trabalho

Constitui objeto do presente trabalho o estudo da relação entre médico e paciente, com especial atenção ao problema da capacidade de que este último deve gozar quando instado a participar de atos e negócios que, referentes ao tratamento médico que lhe é proposto, possam repercutir sobre sua personalidade, especialmente considerada em seu aspecto físico<sup>1</sup>.

A fim de delimitar nossa pesquisa, consideraremos essa relação unicamente no âmbito dos tratamentos médicos que visem proporcionar ao paciente uma oportunidade de cura, isto é, de recondução ao estado anterior ao da doença, a qual constitui, por assim dizer, a causa final da relação entre médico e paciente.

Portanto, não abordaremos, ao menos não profundamente, a relação havida entre o médico, enquanto pesquisador responsável por estudo ou ensaio clínico de novos medicamentos ou procedimentos, e o paciente, considerado sujeito de pesquisa. Tampouco trataremos da relação médico-paciente em sentido lato, assim consideradas as relações tipicamente de consumo, nas quais o paciente assume nitidamente a posição de contratante de serviços de saúde, geralmente prestados por hospitais ou clínicas das mais variadas especialidades médicas, entidades às quais perfeitamente se pode atribuir a definição de fornecedor de serviços, conforme o artigo 3º do Código de Defesa do Consumidor.

Iniciaremos o trabalho por uma breve incursão histórica pelo Direito Romano (capítulo I, primeira seção), oportunidade em que registraremos a concepção romana não

---

<sup>1</sup> Conforme RUBENS LIMONGI FRANÇA (*Instituições de Direito Civil*, p.), modernamente são admitidos quatro *estados* ou modos de existir da pessoa, isto é, quatro núcleos em torno dos quais orbita o complexo de suas relações jurídicas: a) *estado político*; b) *estado profissional*; c) *estado familiar*; d) *estado individual* (ou físico), este considerado o estado relativo à idade, à psique e à saúde geral da pessoa. Esses estados ou atributos da personalidade correspondem, em certo sentido, à noção de *status* do Direito Romano: *status libertatis* (em contraposição ao estado de escravidão); *status civitatis* (em contraposição ao estado de estrangeiro); e *status familiae* (em contraposição ao estado daquele que se subordinava ao *pater familias*).

apenas do que modernamente se convencionou chamar direitos da personalidade, como também da capacidade jurídica. Em seguida, passaremos à exposição da doutrina dos direitos privados da personalidade (capítulo I, segunda seção) e do conceito de capacidade civil e de suas macro-unidades semânticas: capacidade jurídica e capacidade de fato ou de exercício ou, ainda, capacidade de agir (capítulo I, terceira seção).

Uma vez apresentadas as espécies de capacidade civil, estudaremos, ainda no primeiro capítulo (quarta seção), os estados da pessoa, enquanto atributos de sua personalidade. Também no capítulo I (quinta seção), estudaremos as causas modificadoras ou restritivas da capacidade de agir, oportunidade em que abordaremos aspectos primordiais que devem orientar a atribuição da capacidade, a saber: a idade e os estados de saúde. Nessa mesma seção, apresentaremos não apenas as modalidades de incapacidade de agir, como também trataremos das incapacidades especiais, associando-as à doutrina italiana das incapacidades naturais e legais.

Finalizando a quinta seção do capítulo I, abordaremos a concepção de capacidades especiais, como objetivo requisito para o desempenho de determinadas atividades. Veremos que certas atividades, por sua própria natureza, exigem da pessoa que se candidata a desempenhá-las o que a doutrina convencionou chamar capacidade especial. A sexta e última seção do capítulo I será reservada ao estudo do sistema de incapacidades civis adotado pelo direito brasileiro. A fim de tornar esse estudo mais sistemático, o dividiremos em duas subseções: na primeira, abordaremos a disciplina geral das incapacidades civis; na segunda, procuraremos situar as incapacidades civis na disciplina dos negócios jurídicos.

No capítulo II abordaremos especificamente a capacidade do paciente, ao mesmo tempo em que discutiremos o problema do consentimento relativamente às intervenções que repercutam sobre sua integridade física. Na primeira seção do capítulo II, procuraremos traçar um perfil histórico, tão breve quanto necessário, da relação médico-paciente, com especial atenção para a emergência histórica do consentimento enquanto preceito ético-moral. Reservaremos a segunda seção deste capítulo para a discussão da natureza jurídica da relação médico-paciente.

Na terceira seção do capítulo II trataremos da doutrina do “consentimento informado”. No desenvolvimento de nosso argumento, procuraremos deixar clara nossa impressão pessoal e crítica a respeito do tratamento doutrinário, jurisprudencial e legislativo acerca do tema do consentimento informado na relação médico-paciente.

Na mesma oportunidade, estudaremos tratados internacionais que, a propósito de traçarem diretrizes mundiais para a realização de pesquisas clínicas com humanos, nos fornecem importantes subsídios conceituais relativamente à capacidade e ao consentimento do paciente.

Em seguida, introduziremos a noção de “capacidade para consentir” e de competência – propalada sobretudo por bioeticistas alemães e americanos –, confrontando-a com o conceito jurídico de capacidade, tal como apresentado no primeiro capítulo.

Tendo apresentado os conceitos de personalidade e de capacidade jurídica conforme a doutrina contemporânea, depois de haveremos empreendido uma breve incursão às fontes primárias e, com mais ênfase, secundárias do Direito Romano, sustentaremos que o discernimento do indivíduo, para a tomada de decisões pertinentes à atuação da medicina sobre sua personalidade, não difere do exigido para a prática de qualquer outro ato ou negócio jurídico.

Partindo dessa premissa, criticaremos a concepção de “capacidade para consentir” proposta por significativa doutrina alemã e americana da bioética, que a consideram conceito jurídico autônomo em relação ao da capacidade de agir. Com o mesmo propósito crítico, estudaremos a noção de *competence to consent*, do direito anglo-saxão.

O fundamento de nossa crítica consiste em que tais conceitos, permeados por uma ética utilitarista, provocam a atomização do conhecimento científico, em detrimento de uma noção sistemática e interdisciplinar, que, a nosso ver, deve orientar primordialmente o conceito de capacidade, notadamente o de capacidade de agir ou de exercício.

Procuraremos sustentar a hipótese de que, em rigor, a noção de “capacidade para consentir” não constitui conceito autônomo, mas sim uma variante do próprio conceito jurídico de capacidade de agir. Conforme pretendemos demonstrar, o estabelecimento

convencional da capacidade, assim como o da “capacidade para consentir”, partem da mesma situação de fato para assentar premissas diversas.

Em outras palavras, nosso estudo pretende chamar atenção para os riscos de noções antagônicas de capacidade referentes ao mesmo universo de significados: o conceito jurídico de capacidade de exercício, que é interdisciplinar, por depender da medicina; e o conceito bioético de “capacidade para consentir”, fundado no conhecimento da mesma ciência.

Sustentaremos, por outro lado, a necessidade de relativização dos critérios atributivos de capacidade, de tal forma a adaptar o conceito metajurídico de capacidade de agir às especificidades das situações materiais a que ele se referir. Essa necessidade torna-se ainda mais premente em uma sociedade desigual como a brasileira, essencialmente marcada pela regionalização dos costumes e, ao mesmo tempo, pela fragmentação das demandas sociais, de que resultam estilos de vida diversificados e condutas sociais discricionárias.

Na terceira seção do capítulo II, pesquisaremos o princípio bioético da autonomia, confrontando-o, em seguida, com o princípio da beneficência. Finalizando o capítulo, procuraremos identificar quais seriam os limites ao exercício da autodeterminação do paciente, bem como ao direito de recusar o tratamento médico que lhe é proposto.

Finalmente, no capítulo III, abordaremos o tema da capacidade do paciente no direito estrangeiro, notadamente na Inglaterra, nos Estados Unidos, na Itália, na França, em Portugal e na Argentina, sem pretensões, contudo, de um estudo verdadeiramente comparado. Nessa oportunidade, pretendemos identificar os limites à autonomia do paciente no âmbito dos tratamentos médicos, tal como estabelecidos pelos sistemas jurídicos de que nos ocuparemos.

Em conclusão, afirmaremos a impossibilidade de uma “capacidade para consentir” conceitualmente apartada da capacidade para a prática de atos que, abstratamente considerados, demandem discernimento e inflijam danos, ainda que potenciais, à

personalidade jurídica<sup>2</sup>. Por outro lado, sustentaremos a necessidade de relativização dos critérios atributivos de capacidade de agir, de tal forma a adaptar o conceito metajurídico de capacidade de exercício às especificidades das situações materiais a que ele se refere. Reafirmaremos, ademais, a necessidade de se imporem limites à autodeterminação do paciente, sempre em atenção a interesses que transcendam os meramente individuais.

### **Importância do tema e justificativa de sua escolha**

O estudo da capacidade do paciente e, ademais, da formação e validação de seu consentimento justifica-se pelo dinamismo do conceito de capacidade enquanto atributo da personalidade, característica que se intensifica e se torna mais evidente quando examinada sob o prisma da atuação concreta da medicina em relação ao indivíduo.

A escolha do tema justifica-se também pela necessidade de perquirir a validade das declarações permissivas ou proibitivas de condutas médicas que possam repercutir sobre a personalidade do declarante, especialmente considerada em seu aspecto físico, como salientamos anteriormente.

Dizemos dinamismo porque a capacidade genericamente considerada constitui um atributo cambiável da personalidade, sujeito a variações conforme as convenções de um dado tempo e lugar. Será importante, para o nosso trabalho, investigar as possíveis nuances da capacidade (estudadas exclusivamente no âmbito da prática médica, conforme pudemos observar na apresentação do objeto de estudo), tais como o dilema entre a autodeterminação do paciente, enquanto expressão de sua personalidade e capacidade, e os interesses público e coletivo, como bens jurídicos objeto de tutela estatal.

Diante do relativamente novo paradigma autonomista das relações entre médico e paciente, julgamos importante identificar, por um lado, os limites à autodeterminação do

---

<sup>2</sup> A respeito da pretendida autonomização do conceito de “capacidade para consentir”, em relação ao conceito jurídico de capacidade de exercício, veja-se PEREIRA, André Gonçalo Dias: “A capacidade para consentir é um conceito que tem vindo, nos últimos anos, a ser autonomizado em relação face à capacidade negocial de exercício, pela doutrina e pela jurisprudência, sendo por vezes ainda insuficientemente estruturado” (*O consentimento informado na relação médico-paciente, cit.*, p. 148).

paciente e, por outro, os requisitos de validade e eficácia, assim como o efeito vinculativo - em relação ao médico -, das declarações e atos unilaterais daquele.

A expressão “relação médico-paciente” será adotada com a ressalva de que seu significado, para fins do presente estudo, não deve se restringir ao enfoque meramente sinalagmático da relação entre esses dois atores, na medida em que deve significar também o complexo de interações entre o indivíduo e as questões médicas com as quais normalmente se depara ao longo da vida. Portanto, a “relação médico-paciente” vai além do vínculo entre dois agentes particularizados, para significar também a postura individual, abstratamente considerada, diante das questões pertinentes à prática médica sobre a personalidade.

Em outros termos, a expressão “relação médico-paciente” não deve designar apenas o vínculo entre esses dois atores, que por vezes assume contornos de negócio jurídico típico. Mais do que isso, deve referir-se sobretudo ao processo de comunicação e de tomada de decisões, tanto por parte do médico, quanto do paciente.

O atual estágio de desenvolvimento tecnológico em que vivemos permite tanto ao médico quanto ao paciente a ampliação das possibilidades de modos de ser, diante da multiplicidade de situações e de dilemas, muitas vezes de natureza existencial, que a mesma tecnologia proporciona.

O estudo da capacidade do paciente implica um profundo questionamento filosófico, muito além do jurídico: até que ponto é o indivíduo capaz de decidir sobre sua própria personalidade, considerada em seu estado físico? Qual o limite entre a autodeterminação do paciente e o altruísmo médico, traduzido no chamado princípio da beneficência?

Enfim, estudar a capacidade do paciente e a validade de seu consentimento é indagar sobre a autenticidade – em sentido heideggeriano – do ser humano, colocado em um momento crucial de sua existência.

## **Autodeterminação do paciente *versus* interesse coletivo e princípio da beneficência**

Em consonância com o conceito de Estado Social, o bem-estar coletivo passou a ser considerado um dos objetivos fundamentais do Estado brasileiro, noção que se estabelece desde o artigo 3º da Constituição Federal. Como não pode haver bem-estar coletivo que desconsidere o indivíduo, o Estado, em rigor, deverá preocupar-se primeiramente, é verdade, com o indivíduo em particular, considerado como pessoa em si ou como integrante abstrato do tecido social genericamente concebido. Necessariamente, o conceito de bem-estar da pessoa envolve a noção de estabilidade de seu corpo, isto é, para estar bem ela deverá gozar de perfeita saúde.

Por outro lado, o bem-estar individual não deve sacrificar, segundo o ideal republicano insculpido na Constituição Federal, interesses que extrapolam a órbita dos puramente privados. A questão da autodeterminação do paciente transparece claramente no dilema, comum no cotidiano hospitalar, entre o estrito cumprimento de um dever legal, pelo médico – hipótese excludente de ilicitude, nos termos do artigo 23 do Código Penal –, e o respeito às convicções pessoais – notadamente religiosas –, do paciente, que por meio delas expressa sua personalidade. Ao tratarmos desse problema, veremos que, em determinadas circunstâncias, a atuação médica prescindirá do consentimento do próprio paciente.

Em tais situações, os interesses públicos e coletivos parecem restringir a aplicação do princípio da autonomia: a recusa a transfusões de sangue em virtude de convicções religiosas, por exemplo, retarda a recuperação do paciente, prolongando desnecessariamente o período de convalescença e, por conseguinte, o de internação hospitalar. Nesse caso, o interesse público em acelerar a recuperação do paciente e, assim, aumentar a produtividade dos hospitais públicos deve se sobrepor, segundo a perspectiva do presente trabalho, ao interesse particular em ver respeitada determinada convicção pessoal.

Ainda no que diz respeito ao dilema entre autodeterminação e beneficência, devemos observar que o referido problema suscita também as seguintes questões: poderão os responsáveis legais por um paciente menor negar-se a vaciná-lo? Essa decisão

extrapolaria os limites da autodeterminação? Seriam o interesse coletivo e o princípio da beneficência os limites à autodeterminação do paciente?

A nosso ver, o princípio hipocrático da beneficência deve ser compreendido não em sua dimensão individualista, conforme a tônica dos autores bioeticistas, mas social. No mesmo sentido, questão interessante é a do confronto entre convicções religiosas e a recusa de tratamento hemoterápico. Até que ponto podem os responsáveis legais impor aos representados uma convicção religiosa que não é resultado da reflexão do próprio menor? Essas situações concretas não serão estudadas em profundidade, mas servirão de suporte para a tentativa de elucidação da questão proposta.

Não raro, o tema da autodeterminação é tratado segundo uma concepção idílica das relações médicas, que, desprezando as condições materiais em que tais vínculos se desenvolvem, parte do pressuposto (muitas vezes equivocado) da viabilidade da comunicação entre médico e paciente. Não é preciso dizer que, muitas vezes, não há tempo para o diálogo que idealmente deve permear as decisões permissivas ou proibitivas das intervenções médicas sobre no paciente.

A pesquisa acerca dos limites da autodeterminação impõe a abordagem prévia do paradigma pós-moderno do exercício da medicina. Para expô-lo, faremos uma incursão histórica, tão breve quanto necessária, pelos modos de desenvolvimento das relação médico-paciente, do paternalismo à autonomia (*auto + nomia*, governar-se a si próprio, guiar-se pelas próprias convicções).

Não pretendemos aderir à corrente que vê o paciente sempre como sujeito autônomo, capaz de decidir por si mesmo, em qualquer circunstância, sobre as questões atinentes à esfera de seus direitos de personalidade. Desse ponto de vista, não acreditamos que o paciente de hoje seja mais ou menos autônomo que o paciente dos três primeiros quartéis do século passado. Houve sim, no último século, um intenso avanço tecnológico, que não apenas tornou a medicina extremamente tecnicizada, como também facilitou os



processos de comunicação, portanto o acesso à informação e ao conhecimento, o que não implica necessariamente maior autonomia do paciente<sup>3</sup>.

Ainda no que se refere aos limites à autodeterminação do paciente, outra questão com a qual nos deparamos diz respeito ao tratamento obrigatório de doenças infecto-contagiosas, cuja notificação aos órgãos públicos é compulsória. A fim de investigarmos a questão, exploraremos o significado e a eficácia de determinadas normas, a saber, o artigo 15 do Código Civil e a Lei nº. 10.241-SP, de 17 de março de 1999, do Estado de São Paulo. Abordaremos também, ao tratarmos da autodeterminação, do consentimento e da informação ao paciente, analisaremos dispositivos do Código de Ética Médica – Resolução nº. 1.246/1988, do Conselho Federal de Medicina, e da Resolução CFM nº. 1.805/2006.

### **O problema do consentimento**

Consagrou-se entre nós a expressão “consentimento informado” para designar o ato pelo qual o paciente decide racionalmente (ou conforme motivação aparentemente racional) acerca de intervenções médicas que possam de alguma maneira repercutir sobre a esfera de seus direitos da personalidade.

Trataremos de apontar a impropriedade semântica dessa expressão. Cunhada originalmente em língua inglesa, a expressão foi mal traduzida para o vernáculo, pois o consentimento não pode ser informado. “Informado” é a qualidade de quem se informou, isto é, de quem obteve informação.

Nesse sentido, o paciente é que é informado; o consentimento é fruto de um processo interno de decisão e julgamento, que leva ao mesmo tempo em consideração os costumes e as convicções próprias do destinatário da informação. O que deve haver é o

---

<sup>3</sup> A esse respeito, cf. ROZOVSKY, Fay Adrienne: “Years ago it was rare for a patient to go to a library and research a disease, a treatment, or medication. The recommendation of the care provider was accepted. If the patient disagreed, he or she would seek care from someone else who offered a different choice. Today, the Internet is like a third party in the consent process. However, the Internet is not a board-certified, credentialed care provider. There are no controls on what someone may post on the Internet or even a blog about a specific disease, treatment, or medication. A patient who is alarmed about a recommended test or treatment may search the Internet for alternatives. That these alternatives lack credibility does little to diminish the harm done to the care provider-patient relationship and the consent process” (*Consent to treatment: a practical guide, cit.*, p. 11).

fornecimento de informações adequadas ao paciente, de tal forma que seu consentimento seja fruto de reflexão racional e livre de vício.

O processo de consentimento é essencialmente dinâmico: não apenas o paciente deve ser adequadamente informado, em linguagem compreensível e compatível com suas capacidades cognitivas, como também o médico deve estar convencido de que o paciente compreendeu as informações veiculadas.

Além do mais, a questão aqui exposta consiste em identificar a categoria a que pertence o chamado “consentimento informado”: se negócio jurídico unilateral, se ato jurídico *stricto sensu* ou, ainda, se declaração unilateral de vontade.

Trata-se de simples declaração? A pessoa apenas declara sua vontade em submeter-se a determinado tratamento ou intervenção, após ter sido suficientemente informada das conseqüências conhecidas, assim como das mais prováveis? Nesse particular, devemos lembrar que o consentimento não constitui elemento de existência do negócio jurídico, conforme pretendemos demonstrar oportunamente.

Em boa medida, as questões atinentes ao consentimento referem-se às condições de comunicabilidade entre médico e paciente ou, em termos mais amplos, entre equipe médica e paciente e seus familiares. A validade da opção derivada de reflexão consciente do paciente, enquanto declaração de vontade, depende essencialmente das condições de comunicabilidade entre este e o médico. Em favor dessas condições de comunicabilidade, o médico deverá adequar seu discurso ao *medium* lingüístico do paciente, sendo que a opção deste somente se reveste de validade quando puder exprimir-se em linguagem que seja compreensível pelo paciente ou por seu representante.

Não há de se falar em consentimento informado quando não houver condições mínimas de cognição das informações, cuja recepção deveria orientar o consentimento do interlocutor, enquanto beneficiário do tratamento.

Procuraremos abordar o conceito de capacidade de exercício, no âmbito da prática médica, segundo a teoria da “ação comunicativa”, de Jürgen Habermas. Apoiados nessa teoria, pretendemos assimilar a tensão entre facticidade e validade, no âmbito específico

das práticas médicas: a facticidade, considerada a condição inexorável do paciente, que assim se encontra independentemente de sua vontade; e validade do discurso médico diante de um interlocutor fragilizado pela doença, levando-se em consideração o fato de que o *medium* lingüístico, pelo qual o médico comunica ao paciente seu estado de saúde e os atos que a ele digam respeito, os coloca quase que naturalmente em desigualdade<sup>4</sup>.

Assim, buscaremos transpor a facticidade do “*ser-at*” no mundo, para a facticidade especial do paciente, o “*ser-at*” no hospital que, debilitado pela doença, deve exprimir-se em um mundo de significados estranho à sua experiência cotidiana.

Trata-se, portanto, de aplicar a teoria da ação comunicativa no âmbito da relação médico-paciente, como tentativa de demonstrar que a linguagem, considerada, tanto quanto a personalidade jurídica, atributo universal do ser humano, contém aspectos consensuais que tornam possível um acordo de amplo alcance.

---

<sup>4</sup> A esse respeito, cf. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F.: “It is a widely recognized principle of human communication that mutual understanding is heavily dependent on the extent to which the communicants share a background in a language and area of knowledge. Language communities are defined both linguistically (e.g., as English speaking) and culturally (e.g., the family unit, social class, generation, ethnicity, occupational group, etc.). Proper interpretation is facilitated if, in addition to being culturally similar, persons have a prior history of interpersonal interaction. We take it as axiomatic that communicants dissimilar in respects relevant to the subject of their communication, or strangers, are less likely to draw the same *inferences* from the same linguistic message and context” (*A history and theory of informed consent*, cit., p. 316). No mesmo sentido, WALTON, Douglas N.: “If medical treatment is to be regarded as a joint endeavor between physician and patient, the problem of communication must be addressed. The doctor is an expert; the patient normally is not. Hence each sees treatment, inevitably, from a different perspective. Indeed, given this asymmetry, we may well ask whether treatment can be understood by both parties as a reasonable sequence of actions” (*Physician-patient decision-making: a study in medical ethics*, cit., p. 99). E, ainda, BROWNE, Kevin Woodthorpe *et al.*: “The only assumption that the doctor is entitled to make about the purpose of a consultation is that the patient is making a communication to him. The purpose of communication is not merely the conveying of information (informative) but to initiate certain actions by the doctor (promotive) and to produce feelings in the doctor (evocative). Moreover, it is not merely the words the patient uses which are the substance of the information; every nuance of expression and action is relevant. Nothing in the content of the consultation is accidental, although it may be unintentional” (*The doctor-patient relationship*, cit., p. 31). Assim também, BARBER, Bernard: “Satisfactory informed consent obviously requires effective communication among the many different participants in what we have now seen are the complex subsystems of medical relationships, relationships often thought to include only doctor and patient or researcher and subject but actually including families, friends, medical colleagues, paramedicals, administrators, and other professionals such as social workers and genetic counselors” (*Informed consent in medical therapy and research*, cit., p. 76); e SHUY, Roger: “We can safely generalize that the doctors do not speak patient language and, much more seriously, that they often give little evidence of understanding it. They are not specially friendly, not very good at making the patient comfortable, and generally lack expertise at question-asking. The patient generally adjusts to the doctor perspective, offering medical terms whenever possible. When the patient cannot do this well, the history is slowed and made less efficient. In short, the general expectation is for the patient to learn doctor talk” (*Problems of communication in the cross-cultural medical interview*, Washington, D.C.: Georgetown University, Department of Linguistics, *apud* BARBER, Bernard. *Informed consent in medical therapy and research*, cit., p. 91).

Habermas, como teremos oportunidade de observar, propõe um ambiente ideal, propício à ação humana conforme a razão comunicativa (em substituição à razão puramente técnica), em que as pessoas possam interagir mediante a utilização da linguagem, organizando-se socialmente em busca do consenso livre de coação ou qualquer outro vício.

Ainda com relação à questão do consentimento, pretendemos criticar, amparados nas reflexões jusfilosóficas de Daisy Gogliano, o excessivo automatismo que, herdado especialmente do pragmatismo norte-americano, tem burocratizado a relação médico-paciente<sup>5</sup> e, de modo geral, o cotidiano dos hospitais brasileiros.

Quando não houver possibilidade de cognição de mensagens, a partir das quais o paciente possa orientar o processo decisório, ou quando simplesmente não for possível veicular informações, não há de se falar em “consentimento informado”. No entanto, as diminuições de capacidade, isto é, as restrições ou a supressão do discernimento, não devem impedir a atuação do médico, sob pena de, proibindo-o de desempenhar seu mister, anular-se esta importante dimensão de sua personalidade (seu estado profissional). Ademais, devemos lembrar que o auxílio à saúde é a conduta presumível segundo a “vontade geral”, ainda que tal conduta possa ser fonte de inautenticidade para o paciente individualmente considerado.

---

<sup>5</sup> Nesse sentido, cf. SCHNEIDER, Carl E.: “American health care, then, is moving impressively toward large and complex organizational structures located in elaborate and exigent organizational environments. In consequence, medical decisions are increasingly made ‘bureaucratically’. Bureaucratization shifts decisions away from the patient, and in multiple ways. It moves decisions toward the doctor. But perhaps more significantly, it impels decisions away from the doctor toward the medical team, away from the medical team toward the organization, and away from the organization toward the system of institutions (not least the governmental agencies) that form the organization’s environment. In short, medical decisions are being transferred not just from the patient, but also from the doctor, and even from the hospital. In this emerging world, the problem of patient autonomy takes on a new, and more implacable, aspect. In other words, the problem is now and will increasingly be not so much that doctors think that they know what patients need and impose the decisions on them, but that medical decisions must be made and coordinated within a medical bureaucracy. Less and less does a single doctor collect and analyze all the data and recommend a treatment to the patient. More and more, diagnoses, prognoses, and proposals are formulated by a long series of people and teams, medical and lay, in a process in which the power to act is distributed around an organizational structure”(*The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions*, cit., pp. 188-189).