

O DIREITO DE ESCOLHA DO TRATAMENTO MÉDICO: UMA ANÁLISE DA RELAÇÃO JURÍDICA MÉDICO-PACIENTE

THE RIGHT TO CHOOSE MEDICAL TREATMENT: AN ANALYSIS OF THE DOCTOR-PATIENT LEGAL RELATIONSHIP

Helimara Moreira Lamounier Heringer¹
Helenice Moreira Lamounier Gomide²

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar os aspectos jurídicos que envolvem a autonomia da vontade, o consentimento informado e a responsabilidade moral e jurídica do médico perante o paciente, os familiares e a sociedade. Analisa, ainda, as condições em que a relação médico-paciente tem sido afetada por um novo paradigma de interação, no qual a autonomia da vontade do paciente assume lugar preponderante na tomada de decisão quanto ao tratamento a ser administrado. Mostra os desafios advindos do aumento de informações médicas na *internet*, que permitiram que o debate quanto ao melhor tratamento a ser aplicado extrapole o ambiente do consultório e, de forma muitas vezes equivocada e dissociada da técnica, ganhe as redes sociais, como se vê no caso da Covid-19. Através de estudo de caso, demonstra o conflito entre a necessidade terapêutica e a vontade do paciente em estado avançado da doença, fora de possibilidade terapêutica.

Palavras-chave: Informação médica. Autonomia da vontade. Consentimento. Responsabilização jurídica.

ABSTRACT

This work aims to analyze the legal aspects that involve the autonomy of the will, informed consent and the moral and legal responsibility of the physician towards the patient, family members and society. It also analyzes the conditions in which the doctor-patient relationship has been affected by a new paradigm of interaction, in which the autonomy of the patient's will assumes a preponderant role in decision-making regarding the treatment to be administered. It shows the challenges arising from the increase in medical information on the internet, which allowed the debate on the best treatment to be applied outside the office environment and, often mistakenly and dissociated from the technique, gain social networks, as seen in case of Covid-19. Through a case study, it demonstrates the conflict between the therapeutic need and the will of the patient in an advanced stage of the disease, out of therapeutic possibility.

¹ Doutoranda e Mestre em Direito Coletivo e Cidadania na Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP – Ribeirão Preto/SP, com bolsa CAPES. Especialista em Direito Público, pela Universidade Anhangüera – Campo Grande/MS. Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG, unidade Passos/MG. Email: helimarah@hotmail.com

² Residente de Anestesiologia na UNESP Botucatu, SP. Graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, MG. Médica. Email: dydyale@hotmail.com

Keywords: Medical information. Autonomy of the will. Consent. Legal accountability.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia do coronavírus trouxe para o centro do debate público a função do profissional da saúde e, em especial, para os propósitos desse trabalho, o profissional médico e sua relação com o paciente.

Essa relação médico-paciente está passando por uma mudança paradigmática da relação de amizade, confiança, quase familiar, para uma relação de serviço, contratual e de consumo. Na base da mudança desse paradigma está o abalo na confiança que era creditada de forma quase irrestrita ao médico “da família” para uma relação mais participativa, na qual cabem a dúvida, o confronto e a própria rejeição do diagnóstico, procedimentos e terapêutica apresentados pelo profissional, numa franca expansão da autonomia do paciente sobre seu corpo e condução tratamento.

Com o advento da *internet* e das redes sociais, outros elementos, como a acessibilidade a informação, muitas vezes, desconstruída, e debates, por vezes, inócuos sobre a eficácia de determinados tratamentos, medicamentos ou procedimentos, foram trazidos à essa dinâmica relacional, e potencializam os desafios a serem enfrentados pelo médico frente à condução da relação com o paciente.

O presente trabalho visa analisar os aspectos jurídicos relacionados à autonomia da vontade do paciente, o consentimento informado e a responsabilidade jurídica do médico e os desafios que têm transformado a relação médico-paciente. Também o fará através de estudo de caso, no qual a necessidade de determinado tratamento e a vontade do paciente (e familiares) se tornaram conflitantes.

2 A RELAÇÃO ENTRE MÉDICO E PACIENTE: NOVOS DESAFIOS

Há bastante tempo a relação médico-paciente tornou-se uma relação complexa. Até meados do século passado, o profissional médico era visto com proeminência na sociedade. E na relação com o paciente, sua palavra tinha peso quase absoluto. Não havia questionamento e pensar numa segunda opinião podia ser encarado até como um desrespeito à sua autoridade técnica. Porém, os tempos mudaram, e o paciente também, mais instruído e mais participativo.

Questões como autonomia do paciente, responsabilidade do médico, bioética, informações abundantes e conflitantes tornam esta relação intrincada e com variáveis capazes de deteriorar a confiança paciente-médico quanto ao diagnóstico e ao tratamento, muitas vezes, de forma irreversível, refletindo diretamente na escolha do profissional, do tratamento e dos resultados deste.

2.1 O desafio do acesso à informação

A *internet* se tornou a principal fonte de informações da sociedade. Sobre todos os assuntos, existe uma variada gama de páginas ou sítios eletrônicos com informações que vão desde a mais fundamentada e confiável acerca de um determinado tema até a expressão de credices, superstições, *fake news* e afirmações sem qualquer comprovação científica ou fática. Os diversos campos da ciência e relações humanas, como política, economia, entre outras têm sofrido com o excesso de informações desencontradas e conflitantes existentes na *internet*.

Além disso, para o usuário da rede mundial de computadores, a dificuldade em filtrar informações válidas em detrimento das equivocadas e até mesmo enganosas torna-se um desafio hercúleo, requerendo do mesmo a capacidade técnica, quase especializada, para exercer o discernimento entre fontes confiáveis e não confiáveis de informação.

No campo da medicina não é diferente. A quantidade de informações médicas acerca de doenças, diagnósticos e tratamentos existentes na web é incalculável. Cada vez mais, os pacientes, antes de procurarem a ajuda profissional acerca de seus sintomas, buscam primeiramente, informações da internet para se situarem em relação à sua própria condição clínica³. E a confiabilidade das informações nem sempre pode ser atestada, ou pior, ainda que sejam confiáveis, não refletem, necessariamente, a realidade do paciente que está em busca de um diagnóstico e tratamento adequado ao seu quadro clínico.

Citada pelo Dr. Ronaldo Miranda Corrêa em seu discurso de posse na Academia Mineira de Medicina⁴, em 2018, a frase popular bem-humorada extremamente difundida pelas redes sociais, no Brasil, atribuída a um médico italiano, expressa bem essa realidade e a preocupação dos profissionais da medicina com essa mudança de paradigma da relação médico-

³ GARDEN, R. L.; SEILER, W. *Serious Illness Conversations With Doctors: Patients Using Information Obtained From Sources Other Than Their Doctors*. **Health Commun**, v.32, n.1, jan. 2017, p. 22-31. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27119417/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

⁴ Disponível em: <acadmedmg.web6205.kinghost.net>. Acesso: 24 ago. 2020.

paciente: “aqueles que já obtiveram diagnóstico sozinhos através do Google e buscam uma segunda opinião, favor se consultarem no Yahoo”.

Por outro lado, o direito à informação é essencial às relações democráticas⁵ e possibilitam um diálogo mais igualitário e plural. E no caso da relação médico-paciente não é diferente. Conquanto a avaliação médica e o diagnóstico e tratamento de uma doença sejam temas altamente especializados, não há como negar que o próprio paciente tem informações relevantes e conhecimento empírico de sua própria condição de vida e saúde geral, guardadas as devidas proporções de conhecimento técnico especializado.

Decorre dessa situação antagônica, o debate entre os limites jurídicos quanto a proteção dos direitos individuais e a garantia de uma relação cidadã, no que se refere à informação médica especializada no ambiente da rede mundial de computadores e quais as consequências dessa disseminação de informações na relação médico-paciente e como isso afeta a confiança no direcionamento do tratamento apresentado pelo médico e as contribuições que um paciente, detentor de informações que há algum tempo não eram acessíveis aos leigos, pode trazer à escolha da melhor condução de seu próprio caso. O direito máximo do paciente de acesso às informações e à autonomia, por vezes torna-se conflitante e até beligerante com o conhecimento técnico especializado do médico e com sua responsabilidade jurídica.

2.2 O desafio político-econômico

O pensamento popular acerca da influência e poderio econômico dos grandes laboratórios farmacêuticos é de conhecimento geral e já foi tema de vários estudos e até mesmo de cinema, como no filme de 2005, *O Jardineiro Fiel*, de Fernando Meireles, baseado no livro homônimo⁶.

Contudo, o desafio político-econômico, esse relevante fator na construção da relação médico-paciente, não tão recente, mas, ultimamente evidenciado pelo advento da pandemia do coronavírus, tornou-se preponderante de uma forma diferente.

Passou-se a questionar quais interesses subjacentes compõem o pano de fundo, não

⁵ SIQUEIRA, D.P.; FERRARI, C.C. O Direito à Informação como Direito Fundamental ao Estado Democrático. **Direitos Sociais e Políticas Públicas – UNIFAFIBE**, v.4, n.2, 2016, p.124-53. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/174>>. Acesso: 24 ago. 2020.

⁶ LE CARRÉ, John. *The Constant Gardener*. London: Penguin Books Ltd, 2018.

apenas nas escolhas médicas relativas a um paciente ou outro em particular, mas, aqueles que determinam políticas públicas relativas ao controle e tratamento de doenças específicas ou, no caso atual, o controle de uma pandemia como a do Covid-19.

Sem entrar no mérito da questão, a condução das ações relativas à pandemia do coronavírus pela Organização Mundial de Saúde – OMS, p.e., tem sido alvo de inúmeras críticas, desde seus maiores opositores, como o ex-presidente norte-americano, Donald Trump, como também de apoiadores do meio científico, governos e organizações não governamentais.

Não é apenas Trump - até mesmo alguns dos apoiadores da OMS no governo, academia e ONGs argumentam que, desde o início da crise do coronavírus, ela cedeu a agressores nacionalistas, elogiou medidas de quarentena draconianas e falhou em proteger a ordem internacional liberal da qual é um elemento fundamental (tradução livre)⁷.

A claudicância da entidade em estabelecer os parâmetros de combate à pandemia evidenciou um descompasso entre política e ciência na prevenção à disseminação do coronavírus. Acusações constantes de politização da maior crise sanitária do século entre os diversos líderes políticos mundiais e locais⁸, demonstram que a interferência político-econômica pode ser determinante na condução de políticas públicas de saúde, trazendo o risco de comprometer resultados que podem fazer a diferença entre a vida e a morte de diversas pessoas.

Tais circunstâncias trouxeram um abalo na confiança da população em relação às instituições responsáveis pelas políticas públicas na área da saúde. E esse abalo se reflete diretamente na relação de confiança entre médico e paciente.

2.3 O direito ao tratamento médico adequado

⁷ BURANYI, Stephen. *The WHO v coronavirus: why it can't handle the pandemic*. **The Guardian**. 10 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/news/2020/apr/10/world-health-organization-who-v-coronavirus-why-it-cant-handle-pandemic>>. Acesso: 24 ago. 2020.

⁸ Em espectros diferentes, o presidente da República Jair Bolsonaro e o governador de São Paulo João Doria, p.e., se acusaram mutuamente, por diversas vezes, de politizar a pandemia e a condução de medidas para conter a sua propagação. PEREIRA, Felipe; MESQUITA, Patrick. “Está sendo um fracasso”, diz Doria sobre postura de Bolsonaro na pandemia. **UOL Notícias**. Política. 07 ago. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/08/07/esta-sendo-um-fracasso-diz-doria-sobre-postura-de-bolsonaro-na-pandemia.htm>>. Acesso: 24 ago. 2020.
BOLSONARO sobre Doria e Witzel: ‘se aproveitam da pandemia para crescerem politicamente’. **Gazeta Brasil**. 22 mar. 2020. Disponível em: <<https://gazetabrasil.com.br/politica/bolsonarota-doria-se-aproveitando-desse-momento-para-querer-crescer-politicamente/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

Essa ingerência política, contudo, extrapolou o campo das políticas públicas, chegando a interferir na relação médico-paciente, de forma significativa, no Brasil.

Após a recomendação, mesmo sem evidências de eficácia comprovada, por Trump⁹, com apoio de Bolsonaro, para o uso de cloroquina e hidroxicloroquina no combate ao Covid-19 – medicamento usado no tratamento de doenças autoimunes e malária – a discussão em torno do uso e eficácia (ou não) do medicamento transformou-se num verdadeiro “fla x flu” político no Brasil.

Posicionamentos apaixonados, em ambas as pontas da demanda, impediram ou, no mínimo atrapalharam uma investigação mais ampla e a adoção de tratamento baseado em evidências científicas.

Além da busca desenfreada pelo medicamento nas farmácias, que resultou na falta do mesmo para aqueles que já faziam seu uso para as doenças nas quais sua eficácia já era comprovada, como lúpus e malária, a interferência política e midiática em torno do tema, trouxe várias pressões ao ambiente de consultório. Médicos e pacientes foram colocados, muitas vezes, em lados opostos de um campo de batalha que em nada contribui para o fortalecimento da relação médico-paciente e evidenciou que os desafios dessa relação são potencialmente crescentes na chamada sociedade da informação.

Todas essas celeumas, contudo, ajudam a lançar luz sobre os desafios relacionados à medicina moderna, quanto ao direito de escolha do tratamento, a responsabilidade do profissional da saúde em relação à necessidade do paciente e os direitos relativos à vida, informação, saúde e dignidade da pessoa humana.

A partir dessa visão dos desafios da relação médico-paciente, o presente estudo passa a relatar um caso referente à necessidade de tomada de decisão quanto a tratamento em paciente diagnosticado com câncer, em estágio avançado da doença.

3 TRATAMENTO DA DOR NEOPLÁSICA AVANÇADA: RELATO DE CASO

A dor é um dos sintomas mais prevalentes em pacientes diagnosticados com câncer. Dor e câncer são entidades clínicas intimamente associadas. Estudos recentes sugerem uma

⁹ CATHEY, Libby. *Timeline: Tracking Trump alongside scientific developments on hydroxychloroquine*. *ABCNews*. 08 ago. 2020. Disponível em: <<https://abcnews.go.com/Health/timeline-tracking-trump-alongside-scientific-developments-hydroxychloroquine/story?id=72170553>>. Acesso: 24 ago. 2020.

prevalência de dor em pacientes com câncer de 51%, independentemente do tipo e estágio¹⁰. A dor também pode ser consequência de abordagens terapêuticas como cirurgia, quimioterapia, radioterapia¹¹.

Os tumores pélvicos avançados, na grande maioria das vezes, podem causar distúrbios dolorosos, entre eles, a plexopatia lombossacral neoplásica, que é uma das complicações mais incapacitantes em casos de tumores pélvicos¹².

A região sacroilíaca, geralmente é invadida por neoplasias pélvicas primárias. Mas, ocasionalmente, pode ser afetada por crescimento de metástases para os nódulos linfáticos regionais ou estruturas ósseas. Independentemente da localização, plexopatia neoplásica é muitas vezes caracterizada por dor grave e ininterrupta.

A sobrevida mediana relatada a partir do momento do diagnóstico de plexopatia lombossacral metastático é de 5,5 meses (intervalo: 1-34 meses)¹³. Devido à sobrevivência limitada e pobre resposta ao tratamento, a maioria dos esforços de tratamento são dirigidas a palição da dor.

O tratamento adequado da dor oncológica, tem como objetivo, evitar consequências físicas e psicológicas, que causam sofrimento e redução da qualidade de vida. Uma vez que o paciente consegue continuar tendo interações sociais e familiares que evitam o isolamento e sofrimento psíquico, existencial e espiritual, que limitariam ainda mais habilidades as de enfrentamento da doença pelo paciente¹⁴.

O tratamento medicamentoso inclui prescrição de opióides e coadjuvantes em doses suficientes para controlar os sintomas sem causar efeitos de drogas graves. Quando esses medicamentos não fornecem analgesia satisfatória ou quando os efeitos colaterais já não são controláveis, técnicas de intervenção podem ser consideradas¹⁵.

¹⁰ EVERDINGEN, Marieke H.J.B. et. al. *Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis*. **J Pain Symptom Manage**, v. 51, n.6, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2816%2930048-3>>. Acesso: 24 ago. 2020.

¹¹ SINDT, J.E.; BROGAN, S.E. *Interventional treatments of cancer pain*. **Anesthesiol Clin**, v.34, n.2, 2016, p.317–39. Disponível em: <[https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275\(16\)00005-7/abstract](https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275(16)00005-7/abstract)>. Acesso: 24 ago. 2020.

¹² EVERDINGEN, 2016.

¹³ JAECKLE, K.A.; YOUNG, D.F.; FOLEY, K.M. *The natural history of lumbosacral plexopathy in cancer*. **Neurology**, v.35, n.1, 1985, p. 8–15. Disponível em: <<https://mayoclinic.pure.elsevier.com/en/publications/the-natural-history-of-lumbosacral-plexopathy-in-cancer>>. Acesso: 24 ago. 2020.

¹⁴ PERGOLIZZI, J.V.; GHARIBO, C.; HO, K.Y. *Treatment considerations for cancer pain: a global perspective*. **Pain Pract**, v.15, 2015, p. 778–92. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25469726/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

¹⁵ SINDT; BROGAN, 2016.

O médico poderá fazer o uso de técnicas invasivas, injeções comuns, bloqueios de nervos e/ou neurólise, neuromodulação. As vantagens são melhores resultados sem o aparecimento de efeitos secundários relacionados com a droga e a potencial redução de opióide, evitando assim os efeitos colaterais centrais.

O tratamento intervencionista da dor depende de um profundo conhecimento da anatomia (particularmente da inervação sensorial das diferentes estruturas anatômicas envolvidas) além de conhecer as condições fisiopatológicas.

Essa dor intratável de plexopatia lombossacral carcinomatosa é causada pela infiltração de tumor diretamente no plexo nervoso. Por conseguinte, o objetivo do tratamento cirúrgico é interromper a via sensorial correspondente, o que pode ser realizado com sucesso por tratamento cirúrgico.

Os pacientes devem ser esclarecidos sobre o tratamento intervencionista da dor e de posse das informações consentir ou não e devem, juntamente com os seus cuidadores e a equipe de tratamento, compreender o processo, os benefícios esperados e os efeitos colaterais e complicações potenciais¹⁶.

3.1 Relato de caso

Paciente M.R., casado, motorista de ambulância, pai de 2 filhos, branco, do gênero masculino, 63 anos de idade, procedente e residente na cidade de Monte Belo/MG, procurou o atendimento médico em 27 de Setembro de 2017, queixando-se de dor pélvica há pelo menos 3 meses, de forte intensidade, entre 8 e 9 na escala visual analógica (EVA), com irradiação para membro inferior esquerdo, em queimação, contínua, que piorava pela presença de fatores estressantes e também na posição sentado, tendo a movimentação dos membros inferiores como um dos principais fatores desencadeantes.

Durante a anamnese, o mesmo referiu alívio da dor pelo uso de automedicação de analgésicos (dipirona sódica, cafeína, diclofenaco sódico, paracetamol, carisoprodol), também referiu fazer uso de vitaminas B1, B6 e B12. O paciente negou doenças de base, porém queixou-se de ansiedade, constipação intestinal, apetite diminuído, perda ponderal há 4 meses (não soube

¹⁶ SIMPSON, Karen H. *Interventional techniques for pain management in palliative care*. *Medicine Journal*, v.39, n.11, nov. 2011, p. 645-7. Disponível em: <[https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(11\)00223-4/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(11)00223-4/fulltext)>. Acesso: 24 ago. 2020.

informar a quantidade de Kg), relatou ainda o comprometimento do lazer, da quantidade e também da qualidade do sono. Segundo o mesmo, tem estado depressivo e agressivo. O histórico de tabagismo por 20 anos (carga tabágica: 22 maços/ano) e etilismo social.

Ao exame físico, o paciente apresentou testes neurológicos negativos (Laseguè, sinal de Jobert, teste de Shober, teste de Jobe, teste de Neer, teste de Speed, testes facetários, teste de Spurling), hiperalgesia, alodinia tátil, hiperpatia e força de grau 5 bilateralmente nos membros inferiores.

Foi solicitada uma ressonância magnética (RM) e como conduta medicamentosa iniciou-se o tratamento com Pregabalina em doses escalonadas até atingir o máximo de 150 mg de 12/12h, Duloxetina 60mg/dia, Tramadol de longa duração 100 mg de 12/12h (dose máxima de 6/6h, se necessário). Com esta terapia, o paciente apresentou melhora de entre 10 e 20% do quadro algico (7 e 8 na EVA).

Em 09 de outubro de 2017, o paciente retornou com o resultado da RM que evidenciou lesão sacral importante sugestiva de metástase. Foi internado para inserção de cateter peridural para manejo da dor e confirmação do diagnóstico, solicitou-se exames laboratoriais e revisão de imagem.

No dia seguinte, foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome total que revelou múltiplos nódulos pulmonares hipodensos, bilaterais, de até 19mm, sugestivos de implantes secundários; formação hipodensa, em terço médio inferior renal à esquerda, hipocaptante, apresentando finas septações de permeio e calcificação nodular periférica, de 6,7 x 5,9 cm, no plano sagital, no terço superior renal esquerdo; imagem nodular, hipodensa, não captante, de paredes finas e conteúdo homogêneo, medindo 3,3 x 2,9 cm, no plano axial; nódulo hepático, sugerindo cisto simples, de 1,1cm, no plano axial; alterações na coluna lombar e articulações sacroilíacas.

No dia posterior ao resultado, o paciente passou por consulta com a psicóloga, apresentando estado de negação frente ao possível diagnóstico de câncer (atribuía a dor apenas a algum nervo). A dor diminuiu com o uso do cateter, passando à moderada, com 5 na EVA. A psicóloga trabalhou as demandas apresentadas e encaminhou a família para acompanhamento também com a assistente social a fim de que fossem orientados quanto às questões trabalhistas.

Em virtude dos fatos, foi realizada uma reunião multidisciplinar com a família do paciente, que se recusou a prosseguir com o tratamento paliativo. Optaram por marcar uma nefrectomia¹⁷ à esquerda.

O procedimento foi realizado em 19 de outubro de 2017, sem intercorrências. No inventário da cavidade abdominal relatou-se a presença de lesões sugestivas de implantes em região de grande epiplon e de intestino delgado. Por essa razão, foi realizada também uma omentectomia¹⁸ parcial. Havia também sinais de carcinoma em região diafragmática e peritoneal à esquerda. Cinco dias após a intervenção cirúrgica, estando ainda sob internação hospitalar, o paciente mantinha o uso do cateter epidural e encontrava-se sem dor, 0 na EVA. Mantinha o discurso de negação repetitivo e apresentava estado emocional deprimido. No dia seguinte recebeu alta da internação hospitalar.

Quatorze dias após a cirurgia, retornou ao serviço médico com queixa de dor forte em região glútea (9, na EVA), fraqueza, falta de ar e muita ansiedade. Ao exame físico encontrava-se taquipnéico, em mal estado geral, hipocorado, anictérico e acianótico.

Foi então proposto novamente o tratamento intervencionista da dor, no caso, neurólise química com fenol de plexo gástrico, que é a destruição química do tecido nervoso de gânglio da raiz dorsal (GRD), nos níveis de L5 a S1, sendo realizado na mesma data. A partir desse procedimento, houve melhora de 100% na dor (0 na EVA). Porém, não foram retiradas as medicações em uso.

Em 06 de novembro, 18 dias após a cirurgia, foi realizada outra TC de tórax e abdome total, para controle do *status* pós-operatório de nefrectomia à esquerda. A TC revelou ascite¹⁹ moderada, espessamento parietal difuso de alças intestinais, pequeno derrame pleural bilateral, consolidações heterogêneas em bases pulmonares.

No dia seguinte, o resultado da biópsia renal revelou carcinoma de células renais pouco diferenciadas, padrão difuso infiltrando a pelve e o parênquima renal, estendendo-se até a cápsula do órgão, com alterações degenerativas de coluna lombossacra e pelve. Devido à gravidade do quadro, o paciente foi transferido para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), onde deu entrada consciente, lúcido e orientado no tempo e espaço, hipocorado, afebril,

¹⁷ Remoção cirúrgica de um ou ambos os rins.

¹⁸ Consiste na retirada do tecido gorduroso que cobre os órgãos abdominais.

¹⁹ Também conhecida como "barriga d'água", a ascite é o acúmulo anormal de líquido rico em proteínas no interior do abdômen, no espaço entre os tecidos que revestem o abdômen e os órgãos abdominais.

acianótico, anictérico com insuficiência respiratória tipo I, derrame pleural e coleção intrabdominal.

O paciente permaneceu internado com piora progressiva do quadro, especialmente da insuficiência respiratória, vindo à óbito por complicações pós-operatórias, no dia 14 de novembro, 24 dias após a intervenção cirúrgica.

3.2 Os resultados do tratamento da dor neoplásica avançada

O termo “bloqueio do nervo” descreve qualquer processo que utiliza uma agulha para fornecer um anestésico local ou um agente ablativo (fenol, álcool, glicerina, ente outros) para fins analgésicos.

Um bloqueio pode ter valor de diagnóstico e terapêutico. A fim de identificar a área anatômica e/ou a via aferente envolvida na transmissão da dor. Um bloqueio diagnóstico permite decidir a indicação de um procedimento mais complexo e permanente, geralmente com fins neurolíticos.

A neurólise implica na destruição focal de tecido nervoso pelo uso de produtos químicos ou métodos térmicos para interromper a transmissão nervosa. Os alvos clássicos para bloqueios de nervos ou neurólise são nervos simpáticos ou nervos sensoriais, com componente predominante. É muito importante sempre preservar as funções motoras e de esfíncter e quando não for possível, equilibrar os potenciais benefícios contra efeitos colaterais antes de executar uma neurólise.

O bloqueio diagnóstico tem bom resultado, ou seja, proporciona analgesia adequada (ressalte-se que essa analgesia geralmente é limitada a um curto período de tempo). Pode-se, ainda, optar por um alívio mais permanente através da danificação do nervo pela neurólise química com fenol²⁰, ou neurólise térmica com calor usando rádio-frequência^{21 22}.

No paciente do caso relatado, também foi feito o uso de cateter peridural, essa

²⁰ MATCHETT, Gerald. *Intercostal nerve block and neurolysis for intractable cancer pain*. **J Pain Palliat Care Pharmacother** v.30, 2016, p. 114–7. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27092398/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

²¹ AHMED, A. et. al. *Ultrasound-guided radiofrequency treatment of intercostal nerves for the prevention of incidental pain arising due to rib metastasis: a prospective study*. **Am J Hosp Palliat Care**, v.34, n.2, 2017, p.115–24. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26656033/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

²² GULATI, A, et. al. *Novel use of noninvasive high-intensity focused ultrasonography for intercostal nerve neurolysis in a swine model*. **Reg Anesth Pain Med**, v.39, n.1, 2014, p. 26–30. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24317231/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

terapia tem sido extensivamente descrita na literatura para o tratamento de síndromes de dor cancerosas resistentes a drogas²³.

Os princípios básicos de analgesia neuraxial consistem em inserir um cateter no canal da coluna vertebral e através de uma bomba administrar medicamentos de uma forma contínua. Os opióides sozinhos ou combinados com anestésicos locais e outras substâncias, tais como clonidina, podem ser administrados através da via epidural ou intratecal, para alcançar analgesia neuroaxial. A analgesia neuraxial permite a utilização de dosagens mais baixas dos opióides, minimizando assim os efeitos secundários sistêmicos.

Para aqueles pacientes com expectativa de vida reduzida (menos de 3 meses), o método neuroaxial de escolha continua a ser a via peridural. As principais vantagens da administração de opióides por cateter peridural são: o risco reduzido de complicações farmacológicas, alcance de boa analgesia em combinação com anestésicos locais e diminuição do risco de cefaleia pós-punção. Por outro lado, a analgesia peridural contínua requer a infusão de volumes maiores de medicação e um maior risco de complicações relacionadas com o cateter, uma vez que não é normalmente ancorado internamente ou implantado²⁴.

A chave para o sucesso do tratamento oncológico da dor é que os médicos intervencionistas compartilhem os casos em uma equipe multiprofissional, revendo indicações e contraindicações, avaliando as evidências científicas disponíveis e atualizando a equipe sobre o *status* e objetivos do tratamento do paciente.

A comunicação entre as equipes permite o escalonamento da droga nos casos difíceis. Além disso, equipe deve ser atualizada sobre as flutuações no estado do paciente que podem potencialmente alterar a indicação (risco de hemorragia, infecção, insuficiência respiratória).

Após o tratamento intervencionista da dor bem-sucedido, a equipe de cuidados deve estar atenta para possíveis mudanças na necessidade de analgésicos; idealmente, opióides que devem ser diminuídos para evitar toxicidade central.

No entanto, algumas famílias, a despeito de todas as evidências científicas e

²³ SMITH, T.J. *et. al. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. J Clin Oncol* v.20, n. 19, 2002, p. 4040–9. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12351602/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

²⁴ HOGAN, Q. *et. al. Epidural opiates and local anesthetics for the management of cancer pain. Pain*, v.46, n.3, 1991, p.271–9. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/1758711>>. Acesso: 24 ago. 2020.

empíricas, não conseguem compreender que o tratamento paliativo se apresenta como a melhor escolha em alguns casos. No caso descrito, foi respeitada a escolha dos familiares, sendo que o cuidado com a dor do paciente foi executado dentro dos limites da permissão familiar e pessoal do paciente.

4 AUTONOMIA DO PACIENTE E A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO

O Código de Ética da Medicina estabelece nos seus artigos 22 e 31²⁵, que é vedado ao médico “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”; e “Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

Dessa premissa, entende-se que o consentimento do paciente ou familiar para a realização de procedimentos e práticas diagnósticas é necessário enquanto não há risco iminente de morte. Surgem dois aspectos importantes a serem tratados: quão esclarecido está o paciente, ou seu representante legal, para consentir ou não a realização de um procedimento? E, a partir de que ponto da condição clínica do paciente é considerado “risco iminente de morte”?

Quanto a primeira questão, a diversidade de experiências de vida, conhecimento intelectual, acesso à informação e capacidade emocional de discernimento diante de uma situação de enfermidade pessoal de um paciente ou seu familiar varia de forma significativa. O que não permite ao médico estabelecer um parâmetro bem definido que lhe possibilite verificar a assimilação das informações que está transmitindo ao paciente ou seus familiares.

No segundo caso, também não há um parâmetro ou protocolo específico que, independentemente do tipo de enfermidade que o paciente apresente, possibilite ao médico estabelecer uma linha fronteira entre o estar ou não em risco iminente de morte. Ou seja, para cada paciente, cada biotipo, cada enfermidade, cada quadro clínico específico esse limite entre estar ou não em risco iminente de morte. Para cada patologia há protocolos específicos a serem observados que possibilitam ao médico determinar se há ou não risco iminente de morte.

A resposta a esses dois questionamentos é suficiente para demonstrar a dificuldade

²⁵ Conselho Federal de Medicina – CFM. **CÓDIGO de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

ética existente no tema da autonomia do paciente e responsabilidade. Por um lado, o direito do paciente sobre sua própria vida, fundamentado em direitos constitucionais como a dignidade da pessoa humana, o direito à vida, à informação e à liberdade, são preceitos que devem ser respeitados e garantidos. Por outro, a responsabilidade médica, que é pessoal, embora não deva ser presumida²⁶, lhe impõe a necessidade de em situações limítrofes assumir posicionamentos que podem se sobrepor aos direitos do paciente acima elencados, com a responsabilidade ter que arcar com os resultados advindos da decisão tomada.

4.1 A autonomia do paciente

A autonomia do paciente relaciona-se ao respeito à vontade do paciente em relação à busca pelo diagnóstico e ao tratamento da(s) enfermidade(s) que lhe assola(m). É o direito de auto governança da própria vida, direito esse que inclui aspectos que vão além da sua saúde física ou psíquica e envolve elementos como cultura, crenças e contexto familiar e social.

A definição de consentimento informado pode ser dividida filosoficamente em cinco componentes analíticos, a saber: competência ou capacidade do paciente, informação, compreensão, voluntariedade e consentimento. Ou seja, o consentimento deve ser dado por um indivíduo capaz, que tenha recebido e entendido as informações necessárias e que, de maneira voluntária, autorize o procedimento. É necessário que o paciente seja capaz de entender e decidir, que a decisão seja voluntária e que a informação tenha sido fornecida de maneira clara e adequada²⁷.

Em contraposição a essa autonomia está a responsabilidade do médico e seu dever/compromisso para com a saúde do paciente.

A harmonização dos princípios da autonomia, da beneficência e da não-maleficência tem sido uma tarefa diariamente cobrada dos profissionais médicos. Por exemplo, quando o paciente é uma criança e o respeito à autonomia exercida por seus pais pode lhe representar prejuízos. Também são delicadas as questões do "privilegio terapêutico" ou das emergências que, por sua própria natureza, incompatibilizam-se com o processo informativo²⁸.

²⁶ Conselho Federal de Medicina – CFM. **CÓDIGO de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

²⁷ UGARTE, O.N.; ACIOLY, M.A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 41, n.5, 2014, p. 274-7. Disponível em: <<https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2015/09/01042015-RCBC.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

²⁸ FABBRO, Leonardo. Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente. **Revista Bioética**, Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.7, n.1, 1999. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/286/425>. Acesso: 24 ago. 2020.

O consentimento informado é a expressão máxima do princípio da autonomia do paciente. Entre as modalidades²⁹ de consentimento informado encontram-se:

- a) O tácito, caracterizado pela passividade ou omissão do paciente ou familiar em posicionar-se contrariamente, sendo a ausência de objeção interpretada como aceitação. Tal forma de consentimento só deve ser aceita em procedimentos com risco mínimo.
- b) O expresso, de forma verbal ou escrita, concordando em submeter-se à terapêutica indicada pelo médico.
- c) O presumido, aquele no qual se pressupõe a ausência de objeção por parte do paciente em relação a procedimentos de urgência, p.e., sendo que a própria urgência já impõe condutas que não poderiam aguardar o consentimento.
- d) O prospectivo, a indicação pelo paciente quanto a possíveis situações futuras, como a doação de seus órgãos após a morte.

Como já salientado, não há como delimitar o grau de compreensão que o paciente tem acerca da sua condição clínica e nem mesmo determinar até que ponto o médico foi claro o suficiente em apresentar essa condição. Entretanto, médico e paciente devem procurar ao máximo, dentro da razoabilidade, esclarecer os pontos relativos a diagnóstico e procedimentos terapêuticos necessários, e na medida do possível, documentar a situação para maior garantia dos seus atos.

4.2 A relação médico-paciente como uma relação jurídica

Há uma responsabilidade moral e jurídica envolta na relação médico-paciente. Além do compromisso de trabalhar com dedicação e enviar todos os meios para oferecer um tratamento adequado ao paciente, o médico é passível de responsabilização jurídica quando esse objetivo não é alcançado. Não se trata aqui de oferecer ou não a cura, mas, de forma ética, técnica e coerente, usar todos recursos que dispõe para tentar suprir as necessidades terapêuticas do paciente, independentemente, do resultado.

Descumprida a obrigação, surge a responsabilidade jurídica. Assim, o médico juridicamente responsabilizável é aquele que cometeu erro; que, mais precisamente, agiu com culpa, seja ela caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência, e

²⁹ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002, p. 142.

que tem o dever de responder por tal comportamento³⁰.

Por outro lado, quanto ao paciente, o Código Civil brasileiro³¹ prevê que ninguém pode dispor do próprio corpo, quanto a questões relativas à diminuição permanente da integridade física ou atentar contra os bons costumes. A exceção é a necessidade clínica, mediante exigência médica, como no caso de amputação de membro, p.e. Logo, a autonomia da vontade é limitada legalmente.

Questões como os limites entre ortotanásia, eutanásia e indução ao suicídio se inserem no campo da ética e do Direito e são de suma importância para a determinação da conduta do médico, em casos de pacientes que se encontram com dor extrema e próximos da morte.

O suicídio consumado ou tentado não é crime no Brasil, mas, a prática da eutanásia, embora não citada textualmente no Código Penal brasileiro, é enquadrado dentro dos seus artigos 121 e 122, homicídio e induzimento ao suicídio. Já a ortotanásia não é tipificada no Brasil. Portanto, garantir uma boa morte, com o mínimo de sofrimento e dor, como no caso estudado acima pode ser encarado como ato de compaixão pelo indivíduo que padece seus últimos momentos. Porém, mesmo assim, faz-se necessário a manifestação do paciente ou seus responsáveis para consentir com um procedimento que bloqueie a dor.

5 CONCLUSÃO

Dentre as demandas que tornam a relação médico-paciente cada vez mais complexa, vale destacar que a tradicional expectativa de grande parcela dos pacientes, de uma relação paternalista por parte do médico, de um amigo da família, que o conhece como ninguém, e que não deve ser questionado em nenhuma hipótese ficou em tempos antigos.

O acesso do paciente à informação – mesmo com todas as dificuldades decorrentes da qualidade das informações, nem sempre confiáveis ou aplicáveis à realidade daquele que busca o consultório – tornou a convivência mais democrática e igualitária. A relação médico-paciente está mais próxima, hoje, das relações comerciais do que familiares. A confiança não é

³⁰ VASCONCELOS, Camila. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Revista Bioética**, v.20, n.3, 2012, p. 389-96. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533260002.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

³¹ BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Art. 13. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso: 24 ago. 2020.

mais absoluta e a possibilidade de se buscar uma segunda opinião, ainda que virtual, é cada vez mais frequente.

Aliado a essa mudança de paradigma relacional, no campo macro das políticas públicas, debates midiáticos, muitas vezes, inócuos e dissociados da fundamentação técnica, expõem interesses políticos e econômicos nem sempre percebido pela população, e aumentam a desconfiança do paciente em relação à proposta terapêutica apresentada pelo profissional médico, o que torna a relação ainda mais melindrosa.

Esse ambiente conturbado, dentro e fora do consultório, traz como um dos principais reflexos a ser enfrentado pelos médicos, atualmente, o lidar com a autonomia do paciente. O médico não precisa apenas saber o que está fazendo. Esses novos tempos exigem dele uma capacidade de convencimento e de transmissão de confiança àqueles que atende, como nunca antes.

No caso analisado, pode-se perceber que já não havia outra medida a ser tomada senão tratar da dor até que a doença impusesse o limite à vida do paciente. Conquanto o mesmo fosse motorista de ambulância e, portanto, acostumado a lidar com pessoas em fase final da vida, a negação da realidade foi o elemento decisivo na escolha do tratamento, por ele e familiares. Medidas alternativas foram tomadas para amenizar o quadro de dor e permitir aos médicos a tranquilidade, moral e jurídica, de terem feito tudo que era possível dentro do quadro clínico e do consentimento informado.

No entanto, nem sempre isso é possível e o dilema autonomia do paciente *versus* responsabilidade do médico continuará sendo um tema para muita reflexão e busca de caminhos que proporcionem a defesa dos direitos fundamentais do paciente e a proteção técnica e jurídica do profissional médico.

REFERÊNCIAS

AHMED, A. *et. al.* *Ultrasound-guided radiofrequency treatment of intercostal nerves for the prevention of incidental pain arising due to rib metastasis: a prospective study.* **Am J Hosp Palliat Care**, v.34, n.2, 2017, p.115–24. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26656033/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002, p. 142.

BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Art. 13. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso: 24 ago. 2020.

BURANYI, Stephen. *The WHO v coronavirus: why it can't handle the pandemic*. **The Guardian**. 10 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/news/2020/apr/10/world-health-organization-who-v-coronavirus-why-it-cant-handle-pandemic>>. Acesso: 24 ago. 2020.

CATHEY, Libby. *Timeline: Tracking Trump alongside scientific developments on hydroxychloroquine*. **ABCNews**. 08 ago. 2020. Disponível em: <<https://abcnews.go.com/Health/timeline-tracking-trump-alongside-scientific-developments-hydroxychloroquine/story?id=72170553>>. Acesso: 24 ago. 2020.

Conselho Federal de Medicina – CFM. **CÓDIGO de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

EVERDINGEN, Marieke H.J.B. et. al. *Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis*. **J Pain Symptom Manage**, v. 51, n.6, jun. 2016, p. 1070-90. Disponível em: <<https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2816%2930048-3>>. Acesso: 24 ago. 2020.

FABBRO, Leonardo. Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente. **Revista Bioética**, Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.7, n.1, 1999. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/286/425>. Acesso: 24 ago. 2020.

GARDEN, R. L.; SEILER, W. *Serious Illness Conversations With Doctors: Patients Using Information Obtained From Sources Other Than Their Doctors*. **Health Commun**, v.32, n.1, jan. 2017, p. 22-31. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27119417/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

GULATI, A, et. al. *Novel use of noninvasive high-intensity focused ultrasonography for intercostal nerve neurolysis in a swine model*. **Reg Anesth Pain Med**, v.39, n.1, 2014, p. 26–30. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24317231/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

HOGAN, Q. et. al. *Epidural opiates and local anesthetics for the management of cancer pain*. **Pain**, v.46, n.3, 1991, p.271–9. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/1758711>>. Acesso: 24 ago. 2020.

JAECKLE, K.A.; YOUNG, D.F.; FOLEY, K.M. *The natural history of lumbosacral plexopathy in cancer*. **Neurology**, v.35, n.1, 1985, p. 8–15. Disponível em: <<https://mayoclinic.pure.elsevier.com/en/publications/the-natural-history-of-lumbosacral-plexopathy-in-cancer>>. Acesso: 24 ago. 2020.

LE CARRÉ, John. **The Constant Gardener**. London: Penguin Books Ltd, 2018.

MATCHETT, Gerald. *Intercostal nerve block and neurolysis for intractable cancer pain*. *J Pain Palliat Care Pharmacother* v.30, 2016, p. 114–7. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27092398/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

PEREIRA, Felipe; MESQUITA, Patrick. “Está sendo um fracasso”, diz Doria sobre postura de Bolsonaro na pandemia. **UOL Notícias**. Política. 07 ago. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/08/07/esta-sendo-um-fracasso-diz-doria-sobre-postura-de-bolsonaro-na-pandemia.htm>>. Acesso: 24 ago. 2020.

PERGOLIZZI, J.V.; GHARIBO, C.; HO, K.Y. *Treatment considerations for cancer pain: a global perspective*. *Pain Pract*, v.15, 2015, p. 778–92. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25469726/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

ROCHA, Lucas. *Transmission of Covid-19 may have begun in November*. **FioCruz**. 03 mar. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/en/news/transmission-covid-19-may-have-begun-november>>. Acesso: 24 ago. 2020.

SIMPSON, Karen H. *Interventional techniques for pain management in palliative care*. *Medicine Journal*, v.39, n.11, nov. 2011, p. 645–7. Disponível em: <[https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(11\)00223-4/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(11)00223-4/fulltext)>. Acesso: 24 ago. 2020.

SINDT, J.E.; BROGAN, S.E. *Interventional treatments of cancer pain*. *Anesthesiol Clin*, v.34, n.2, 2016, p.317–39. Disponível em: <[https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275\(16\)00005-7/abstract](https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275(16)00005-7/abstract)>. Acesso: 24 ago. 2020.

SIQUEIRA, D.P.; FERRARI, C.C. O Direito à Informação como Direito Fundamental ao Estado Democrático. **Direitos Sociais e Políticas Públicas – UNIFAFIBE**, v.4, n.2, 2016, p.124–53. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/174>>. Acesso: 24 ago. 2020.

SMITH, T.J. et. al. *Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival*. *J Clin Oncol* v.20, n. 19, 2002, p. 4040–9. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12351602/>>. Acesso: 24 ago. 2020.

UGARTE, O.N.; ACIOLY, M.A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 41, n.5, 2014, p. 274–7. Disponível em: <<https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2015/09/01042015-RCBC.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

VASCONCELOS, Camila. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Revista Bioética**, v.20, n.3, 2012, p. 389–96. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533260002.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

Submetido em 10.10.2021

Aceito em 20.10.2021