

**DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E SUA
HETEROGENEIDADE ONTOLÓGICA
THE INFORMED CONSENT FORM AND ITS ONTOLOGICAL
HETEROGENEITY**

Jairo Demm Junkes¹
Teri Roberto Guérios²

RESUMO

Este artigo refletirá sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sua origem, sua essência, sua necessidade e a desarmonia ontológica referente ao seu conceito. Partiremos da análise filosófica do médico e filósofo Diego Gracia que, com suas ideias erigidas e sustentadas por outros pensadores aqui citados, aventa que o TCLE, em sendo o representante maior do novo modelo bioético liberal, apresenta sérias limitações. Na busca de apoiar isto, nos valeremos da especulação ontológica lançada pelo filósofo Wittgenstein, usando esta como uma ferramenta a demonstrar a não unidade ontológica do TCLE, a despeito de se tê-lo, conceitualmente, como ser, entidade ou conceito universal. Assim procuraremos justificar que a aplicação do TCLE na maioria das situações clínicas, além de comprometer a relação virtuosa e fiduciária que deva surgir entre o profissional da saúde e o paciente, será normalmente ociosa. Ressalva-se aqui, por óbvio, apenas as condições de pesquisas a serem realizadas em seres humanos.

Palavras-chave: TCLE; Gracia; Ontologia; Wittgenstein.

¹Formado em História - FURB (2008), Filosofia - UFSC (2017), Teologia - FAERPI (2017) e especialização em Cultura Afro-Brasileira pela Faculdades Integradas de Jacarepaguá (2009). Professor e pesquisador em História da Filosofia e Ética sob a ótica do filósofo britânico Bertrand Russell, também realizou pesquisa histórico-filosófica sobre o naturalista alemão Fritz Müller. Santa Catarina. Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7561-1090>. E-mail: demmobr@gmail.com

²Filósofo formado pela UFSC; Médico formado pela UFPR; Mestre em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Doutorando em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Paraná. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5002-7848>. E-mail: articulare@terra.com.br

ABSTRACT

This article will reflect on the Free and Informed Consent (IC), its origin, its essence, its necessity and the ontological disharmony related to its concept. We will start from the philosophical analysis of the physician and philosopher Diego Gracia who, with his ideas erected and supported by other thinkers mentioned here, suggests that the IC, as the greatest representative of the new liberal bioethical model, has serious limitations. In the quest to support this, we will make use of the ontological speculation launched by the philosopher Wittgenstein, using this as a tool to demonstrate the ontological non-unity of the IC, despite having it, conceptually, as a being, entity or universal concept. Thus, we will try to justify that the application of the IC in most clinical situations, in addition to compromising the virtuous and fiduciary relationship that should arise between the health professional and the patient, will normally be idle. Obviously, only the research conditions to be carried out in human beings are highlighted here.

Key word: IC; Gracia; Ontology; Wittgenstein.

Artigo recebido em: 28/07/2023

Artigo aprovado em: 14/12/2023

Artigo publicado em: 15/12/2023

INTRODUÇÃO

O Consentimento Informado vem a ser um documento de quando o paciente registra sua anuência a seu médico, ou qualquer outro profissional da área da saúde, autorizando-o a efetuar procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou de pesquisas. Sob a ótica da bioética, antecedendo o ato de firmar um documento, o paciente deverá receber do profissional de saúde todas as informações necessárias para anuir a realização dos mencionados procedimentos. No meio médico, o Consentimento Informado, sob o nome de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não incomumente, é entendido, como essencial ao único e correto meio de o médico exercer sua profissão de maneira ética, prudente e segura (SEDLMAIER; HERNANDEZ, 2019,

p. 178). Ter-se-á daí emergindo de uma formalização redigida, o universalmente aceito Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua recomendação 1/2016, enfatiza a necessidade imperiosa da obtenção do TCLE:

[...] em procedimentos invasivos a critério médico, em determinados procedimentos que causem desconforto ou quando a complexidade e quantidade de efeitos dos procedimentos não são suficientes para o entendimento por meio de consentimento verbal (CFM, 2016)

Diego Gracia assim se pronuncia sobre o Termo:

[...] seu desenvolvimento doutrinário é fundamentalmente jurídico, o que faz surgir a necessidade de um termo assinado. Cumpridos os requisitos, o preceito jurídico é respeitado e torna-se difícil alegar lesão do direito (GRACIA, 2010, p. 313-314)

Amparado nesse pressuposto, deve-se entender o TCLE como um contrato especial entre paciente e médico que garanta responsabilidades mútuas no cumprimento das normas contidas neste Termo. Entretanto, há percepção crescente que esse contrato, embora idealmente concebido com a finalidade de defender a expressão da vontade autônoma do paciente, na realidade cotidiana transformou-se em um procedimento burocrático que detém a vã pretensão de ter validade jurídica, sobretudo na proteção do profissional de saúde.

Dentro desta realidade atual, e não nos apoiando na validade ética do TCLE, mas sim na sua validade ontológica, defenderemos algo que parece ir na direção oposta desta ideia.

Tentaremos demonstrar que se ter a ideia de que TCLE seja um ente único ou ser uno, e que deva remeter sempre a uma definição equivalente nas mais diversas situações Biomédicas, é errado. Como argumento em apoio a esta ideia, o autor

defenderá que atividades médicas e de profissionais de saúde podem ser tão variadas (e com uma diversidade técnica, moral e ontológica enorme), que, apesar de TCLE aparentar remeter a um ser, ente ou conceito essencial único, na verdade não o é.

O TCLE, nas suas mais variadas aplicações, e apesar de estas fazerem parte de uma mesma família, como o termo família e o conceito de semelhança de família são entendidos em Wittgenstein (1999), pode ensejar e necessitar de diferentes abordagens técnicas, bioéticas e ontológicas.

Conclui-se que, nos moldes atuais, o TCLE nem sempre deve ser aplicado pelo fato de não refletir autenticamente o propósito para o qual foi concebido.

ATUALIZAÇÃO DO TEMA

i) História do TCLE mostra, (SIQUEIRA, 2014; GRACIA, 2010), que na primeira metade do séc. XX a relação médico-paciente foi marcada por uma conduta paternalista, onde o profissional, de forma sacerdotal, determinava as condutas que eram seguidas pelos pacientes. Subjacente a isto, exaltava-se que as decisões e condutas do profissional eram eminentemente virtuosas, onde princípios como PRUDÊNCIA, CORAGEM, TEPERANÇA E JUSTIÇA, advindos de Aristóteles e posteriormente novamente apontadas e reforçadas por Tomás de Aquino (2012), eram os principais norteadores do movimento ético que conduzia os médicos àquele tempo.

Diego Gracia em *Pensar a Bioética – metas e desafios* (2010), cap. 11, *Novos Desafios na Ética das Profissões de Saúde, especificamente na parte intitulada Segundo cenário. O presente: o modelo liberal da profissão*, aponta para um novo paradigma das profissões de saúde reconhecendo que, com o fim do paternalismo e o advento do fim do poder absoluto do médico, os mesmos não seriam mais reconhecidos como necessariamente virtuosos e bondosos, mas pessoas com deveres idênticos aos de quaisquer outros profissionais da área da saúde (GRACIA, 2010). E, a partir desta nova realidade,

emerge o TCLE como ferramenta primaz na defesa da autonomia do paciente e, para a ética jurídica, uma garantia deste paciente e mesmo do profissional da saúde.

Pondera Gracia ainda que:

Digo isto para compreendermos a tremenda limitação do modelo liberal [atual de gerir a ética médica]. Pensemos no consentimento informado como garantia jurídica do direito à liberdade no tema da gestão do corpo. (GRACIA, 2010, p. 314).

E, por fim, afirma de maneira categórica: “É a norma jurídica que deve estabelecer as condições de exercício deste direito [...]” (GRACIA, 2010, p. 314).

Nesta revisão histórica descrita por Gracia, aponta-se que é na década de 1960 que a relação fiduciária entre o médico e o paciente inicia a ser vista como menos virtuosa e mais deontológica. Dali em diante, o paciente passou a assumir a condição de usuário e consumidor, enquanto o médico passa da condição de senhor exclusivo das decisões de saúde de seu paciente para um prestador de serviço, deixando de ser reconhecido como profissional virtuoso.

Ambos os polos desta relação passam a se centrar em direitos e deveres. E isto gera, inexoravelmente, um distanciamento cada vez maior entre ambos os envolvidos na relação. E neste ambiente, a defesa do TCLE como instrumento habilitado a documentar o acordo que venha a emergir da relação médico/paciente ganha força e assume, inclusive, caráter de obrigatoriedade na nova ética jurídica que norteia a profissões de saúde.

Nesta realidade o TCLE pode ser definido, segundo Marques Filho como:

[...] um documento em que o médico (ou outro profissional da saúde, como um dentista, fisioterapeuta), redige para esclarecer ao paciente, de modo formalizado, e onde se enumeram quais os possíveis riscos de uma determinada terapêutica e os prováveis benefícios caso esta terapêutica seja exitosa. Após a leitura deste documento, o paciente o assina, selando assim um acordo formalizado entre ele e o profissional que o assiste (MARQUES FILHO, 2011, p. 182).

E o TCLE está, cada vez mais se tornando um pilar importante quando das discussões bioéticas referentes a atividade médica e dos profissionais da saúde, em geral, nas suas mais variadas práticas.

As inúmeras situações em que um profissional da saúde e um paciente fazem uso de tal instrumento formal se apresentam em uma miríade enorme de variedades e contextos.

Um termo assinado, por exemplo, por um voluntário participante de uma pesquisa biomédica, o qual não tem um contato presencial com o pesquisador principal e onde o TCLE é obtido apenas para cumprir uma etapa do projeto, e onde este invariavelmente sequer é lido ou compreendido pelo sujeito da pesquisa, não está a cumprir o escopo inicial de sua validade. Do mesmo modo, pergunta-se como seria se entender factível a obtenção do TCLE de um paciente vítima de um acidente ou Infarto, atendido por uma profissional de plantão em Pronto Socorro, onde a prioridade é manter os dados vitais do enfermo?

E apesar das limitações apontadas nas situações antes assinaladas em ambos os exemplos, estes são realidades atreladas à vida cotidiana de muitos profissionais da área de saúde. E nelas pode-se aventar a imperiosa necessidade de um TCLE se, sob a lente da Ética Jurídica, estivéssemos nos centrando em algo capaz de formalizar o contrato fiduciário estabelecido entre ambas as partes, mas que, na verdade quase nada ou muito pouco deliberaram de maneira pessoal e racional sobre os riscos e benefícios do procedimento que irá ocorrer ou, em caso de emergências, está ocorrendo.

Ou seja, em essência, este documento TCLE pertinente às situações antes citadas tem uma essência própria, isenta de alteridade e carregada de forte contorno jurídico de defesa e até de caráter um tanto preventivo a um possível futuro imbróglio judicial. E talvez este pouco ou o nenhum contato prévio entre o paciente e o profissional da saúde que irá prestar o atendimento, seja, para alguns, o principal motivo da real

necessidade deste documento, mesmo nestas situações o TCLE não cumprindo seus requisitos básicos fundamentais.

Condição totalmente diversa é a de um paciente em atendimento ambulatorial ou em consultório médico, onde as variáveis abordadas no diálogo médico-paciente são realizadas com tempo suficiente para todos e quaisquer esclarecimentos. Nessa circunstância, o paciente tem um contato com o profissional bem mais próximo onde será possível efetuar um processo deliberativo adequado, e onde o florescimento de um contato humano e ético fruto desta deliberação emerge, tornando desnecessária a aplicação do TCLE com a finalidade de obter autorização formal para indicação de um procedimento diagnóstico ou terapêutico. Aqui, onde ambos os polos (paciente/médico) podem conversar aberta e francamente e onde todas as dúvidas e questões podem ser deliberadas e esclarecidas, um TCLE faz-se totalmente desnecessário.

Portanto, apesar de TCLE ser apenas documento escrito, os fatores que justificam sua elaboração são totalmente distintos e estão na dependência da situação fática. Apesar das mais variadas situações em que o TCLE é proposto, a conclusão sobre sua pertinência nem sempre serão idênticas.

Pode-se observar que, apesar de um único nome, TCLE, sua variabilidade de usos e funções é tão diversa que, considerá-lo ontologicamente como algo unitário e que carrega a mesma essência não contempla a variedade de situações onde este se apresenta.

ii) Nos valeremos de uma abordagem ontológica do TCLE, onde buscar-se-á demonstrar que este, longe de representar um instrumento consensual e uma essência única, apresenta, segundo a abordagem advinda da filosofia da linguagem como apresentada pelo filósofo austríaco Ludwig Wittgenstein, uma constelação de significados distintos e, portanto, sujeitos a análises epistemológicas e ontológicas diversas.

Nos apoiaremos em Wittgenstein (1999) por este ter erigido uma especulação filosófica que nos servirá como uma ferramenta muito relevante e fortemente argumentativa. Com esta ferramenta, seremos capazes de demonstrar que o ser (ou ente ou conceito ou essência) TCLE não pode ser um instrumento usado de maneira indiscriminada e sem critérios, pois poderá gerar mais desacordos que resultados positivos.

Para demonstrar isto, teremos como base o livro *Investigações Filosóficas* da segunda fase produtiva da filosofia de Wittgenstein, onde utilizaremos o exemplo usado por ele, quando do conceito de jogos.

A utilização deste filósofo, Wittgenstein, é providencial pois ele é um dos membros da escola filosófica conhecida por Neopositivismo ou Positivismo Lógico. Esta escola filosófica dá muitos passos além ao Positivismo de Augusto Comte, sendo este Positivismo de Comte que estrutura a maior parte do raciocínio médico. O Positivismo de Comte busca explicação das coisas do mundo sem a necessidade de uma metafísica; inclusive rechaçando-a. O mundo comtiano tenderia a uma explicação completa apenas dada empiricamente e pela ciência.

Já o Neopositivismo, superando as ideias que dão sustentação ao Positivismo de Comte, aceita a existência de conceitos ou entidades abstratas. Então, mesmo negando a metafísica, o Neopositivismo aceita a existência de entidades impalpáveis, intangíveis. Como afirma Carnap, um importante representante desta escola filosófica:

Os empiristas são geralmente desconfiados em relação a qualquer espécie de entidade abstrata tais como as propriedades, as classes, as relações, os números, as proposições, etc [...] No entanto, no interior de certos contextos científicos parece impossível evitá-las. A aceitação ou rejeição das formas linguísticas abstratas, assim como a aceitação ou rejeição de quaisquer outras formas linguísticas em qualquer outro campo da ciência, será finalmente decidida por sua eficiência enquanto instrumento, a razão entre os resultados alcançados e a quantidade e complexidade dos esforços requeridos. Decretar proibições dogmáticas de certas formas linguísticas em vez de avaliá-las pelo seu sucesso ou fracasso no uso prático, é pior do que fútil: é positivamente alarmante porque pode obstruir o progresso científico. A história da ciência mostra exemplos dessas proibições baseadas em prejuízos derivados de

fontes religiosas, mitológicas, metafísicas ou de outras fontes irracionais, que diminuem os desenvolvimentos durante pequenos ou grandes períodos de tempo. Aprendamos as lições da história. Atribuíamos àqueles que trabalham em algum campo especial da investigação a liberdade para usar qualquer forma de expressão que lhes pareça útil; o trabalho nesse campo conduzirá mais cedo ou mais tarde à eliminação daquelas formas que não possuem nenhuma função útil. Sejam prudentes ao fazer asserções e tenhamos uma atitude crítica ao examiná-las, mas sejam tolerantes ao permitir as formas linguísticas (CARNAP, 1975, p. 134).

O raciocínio médico, que é fortemente positivista, necessita se apoiar em algumas ideias abstratas para se efetivar por completo. E este raciocínio nunca necessita de conceitos metafísicos platônicos, religiosos ou de algo de fora deste mundo para se efetivar. Em Wittgenstein, tudo o que um dia entendemos por metafísico, está na linguagem. O mundo todo está na linguagem. Entendido isto, faremos aqui um paralelo em TCLE e o substantivo jogos, usado por Wittgenstein quando do erigir sua ferramenta filosófica (WITTGENSTEIN, 1999).

O termo jogos é uma palavra, conceito ou ideia que remete a um sem número de combinações que tem pouco ou nada em comum. Por exemplo, todos são jogos, de baralho, vôlei ou sinuca. Apenas se assemelham como numa família, onde o neto se parece com o avô, mas, ambos se distanciam por duas gerações. Numa semelhança de família vê-se uma continuidade da ideia de significação ou o uso que uma palavra tem na linguagem de uma determinada comunidade. Neste artigo, o grupo ou comunidade a que se refere seriam aquelas atreladas às atividades profissionais e médicas da saúde.

Assim, só é possível definir-se uma semelhança de família ao se compreender qual significação forma um aglomerado-de-usos-afins que esta mesma palavra (conceito ou ideia) têm. A conceituação de semelhanças de família não detém nenhum processo mental especial, já que se vincula à execução pública e comum da linguagem (WITTGENSTEIN, 1999).

Valendo-se desta ferramenta filosófica/ontológica da filosofia da linguagem de Wittgenstein, consegue-se entender que o argumento aqui usado de que TCLE a ser

aplicado em uma pesquisa biomédica é absolutamente diverso de um eventual TCLE que venha a ser obtido em uma consulta eletiva pré-operatória, por exemplo. Apresentam ambos semelhança de família, mas, distinção ontológica.

iii) O TCLE, quando exigido como um termo que faltou no caso emblemático da pesquisa realizada entre os anos de 1932 e 1972 em Tuskegee, no Alabama, e que exigiu desculpas públicas do Presidente Estadunidense Bill Clinton (William Jefferson "Bill" Clinton, presidência americana de 1993 a 2001) pelas graves transgressões éticas efetuadas por pesquisadores norte-americanos no caso em pauta, transformou-se em parâmetro indispensável de respeito aos sujeitos de pesquisa, o que aliás, já havia sido consagrado universalmente pelo Código de Nuremberg em 1947 (<http://conselho.saúde.gov.br>).

Quando assinado em uma clínica privada ou em um serviço de saúde público e entre um médico e seu paciente durante uma ou mais consultas, tendo os esclarecimentos necessários sido oferecidos de maneira apropriada, seguida de um acordo verbal, o TCLE, apesar de indiscutível amparo ético, parece redundante frente ao verbalmente firmado até então.

Pode, inclusive, comprometer a confiança e virtuosidade da relação fiduciária emergida entre ambas as partes. Essa relação virtuosa seria a base da ética da alteridade e foi apontado por Onora O'Neil (2002), filósofa eticista, que considera que o TCLE, quando aplicado de maneira ritualístico, pode destruir a confiança, o que é um fator essencial e preponderante na relação médico-paciente.

Esta relação, em sendo baseada na fidúcia, nortear-se-á por sentimentos e virtudes de ambas as partes, nutridos pelo mesmo desejo de confiar, apoiar e respeitar-se mutuamente. Portanto, pensar-se no TCLE como uma ferramenta de uso obrigatório e que seja preventiva frente a algum imbróglio médico advindo de um eventual desacordo entre as partes, e o que enseja um sentimento negativo de desconfiança, vai no sentido contrário ao preceito da virtuosidade que, pensamos, deve permear toda a relação entre o paciente e o profissional de saúde.

Em *Ética a Nicômaco*, Livro I, Aristóteles (1991) define que a busca do homem, sempre será pela felicidade (eudaimonia). Para ele a felicidade só é atingida ao se conseguir a excelência moral, através do agir virtuosamente ou sob a égide das virtudes. Afirma, o estagirita que só se faz o bem a si e à sociedade em sendo virtuoso. Aristóteles entende por virtude (*areté* ou ἀρετή) a predisposição de realizar o bem.

Portanto, a ética das virtudes de Aristóteles aplica-se necessariamente à profissão médica, onde existe a busca do bem como fim, entendendo-se aí as atitudes de prevenir, curar ou atenuar as doenças e promover a saúde ou dar suporte e tratamento às enfermidades como uma busca pelo bem.

Tomás de Aquino (2012), em seus escritos defende a ética das virtudes nos moldes aristotélicos, entendendo que através da prática das virtudes se está obedecendo a Lei Natural disposta pelo Criador. Em Aquino, assim como em Aristóteles, ao lado das virtudes morais, encontram-se as intelectuais, aplicadas às ciências. Ao constatar os avanços científicos da medicina do século XXI, as virtudes intelectuais, então, devem ser consideradas como sustentáculo para que o **τέλος** (*télos* ou fim último) da medicina seja alcançado da maneira mais justa e respeitosa possível.

Em *After Virtue*, Alasdair MacIntyre (2001) sustenta que o projeto moderno de tentar justificar a moralidade não teve êxito em razão do apoio da relação entre os homens, em regras e princípios deontológicos, antes de fazê-los em princípios de virtudes. MacIntyre entende como necessário inverter este binômio atual em que moral se associa com direitos e deveres, passando-se a figurar as virtudes como lastreadoras de nossa moral.

Beauchamps e Childress (2002, 2009), no capítulo 8 da mencionada obra, denominado como as Virtudes e Ideais na Vida Profissional, consideram que:

[...] adesão aos princípios e regras pode valer muito menos à vida moral que um caráter confiável, bom senso moral e sensibilidade emocional. Mesmo frente à pluralidade de caracteres humanos, todas as pessoas normais tem a

capacidade de cultivar traços essenciais da moralidade, incorporando aqui as crenças, as emoções (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 26).

Por outro lado, Tristram Engelhardt (1998), sustenta que o consentimento ou a permissão do indivíduo constitui a instância primeira e última de toda e qualquer decisão moral. O autor considera que somente aquilo que um indivíduo permite, estaria autorizado a ser implementado. Argumenta, em crítica ao Princípio de Beauchamps e Childres, que a aplicação dos Princípios da Beneficência, Autonomia, Não-Maleficência e Justiça podem ser úteis em alguns casos, mas não têm o poder de preencher o abismo que separa diferentes visões morais particulares que estão presentes na sociedade secular. Entende que o único referencial válido seria o por ele chamado Princípio da Permissão, assim definido: *“O dever das pessoas é o de não realizar nenhuma ação que a outra pessoa não deseje ou não queira, uma pessoa somente está autorizada a realizar algum ato para a outra, quando o contrato entre estas já está claro”* (ENGENHARDT, 1998, p. 175).

Em nenhum momento este autor fala em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido feito de maneira formalizada, mas na busca de um consentimento mútuo que venha a se apoiar em um acordo entre as partes envolvidas.

DISCUSSÃO

Obviamente, o TCLE é mais necessário quão menos personalizada for a relação entre o profissional de saúde e o paciente. Por exemplo, em casos de pesquisa biomédica de campo, onde pouca ou quase nenhuma relação entre o pesquisador principal e os sujeitos da pesquisa se constrói ou casos emergenciais onde o paciente está lúcido e consciente, habilitado a deliberar.

O mesmo não poderá ser dito por ocasião de um atendimento de emergência em Pronto Socorro de um paciente politraumatizado, onde a vida do paciente depende

da mais ágil introdução procedimentos de sustentação da vida. Nessa circunstância, salvar a vida do enfermo torna-se imperiosa e a obtenção de qualquer termo de consentimento ganha reduzida importância para as condutas médicas.

Igualmente, pensamos seja dispensável um termo de consentimento escrito por ocasião de uma consulta eletiva, conduzida de modo respeitoso, no ambiente de uma clínica privada, onde o profissional da saúde e o paciente estão próximos e com tempo suficiente para realizar um processo deliberativo antecedendo as tomadas de decisões médicas.

A Recomendação CFM Nº 1/2016, que dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica é bastante clara ao estabelecer que: *“a forma verbal é a normalmente utilizada para a obtenção de consentimento para a maioria dos procedimentos realizados, devendo o fato ser registrado em prontuário”* (https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A defesa irrestrita do TCLE se baseia em considerá-lo como necessário ao esclarecimento do paciente e respeitando sua autonomia apenas como uma ferramenta que possa vir a ser necessária quando de um conflito moral existente entre pesquisador e sujeito de pesquisa ou com a finalidade de coibir procedimentos danosos à saúde do paciente. Entretanto, parece desarrazoado exigir sua aplicação em atividades médicas corriqueiras.

Se tem, portanto, três condições diversas discutidas no presente ensaio:

i) O TCLE, desde os primórdios de seu aparecimento e do entendimento de sua necessidade, vem sendo utilizado de maneiras diferentes e nas mais diversas situações da prática biomédica. E a diversidade de usos acaba por transformá-lo em algo essencialmente diferente em cada situação e o direcionando aos mais diversos objetivos. E assim como a sua diversidade, pode-se detectar no TCLE uma enormidade

de estímulos à sua elaboração e ao seu uso, que faz com que se termine em uma miríade tão diversa de fins que fazem, em muitos destes fins, com que se perda o alegado estímulo primeiro à sua elaboração. Disto, emerge uma série de funções diversas atreladas ao TCLE que, indiscutivelmente e em um grande número de casos e mediados pelo afã busca da defesa incondicionada do paciente, compromete o que, para nós, é a base da relação entre o médico e o paciente: a *fidúcia*.

ii) A demonstração de que, utilizando-se das ferramentas fornecidas pela filosofia da linguagem, infere-se que TCLE mesmo aparentemente representar um conceito único, tem seu uso preconizado em situações tão diversas que sua essência, seu ente, difere sobremaneira. Portanto, apesar de uma unidade nominal (TCLE), este carece de uma unidade ontológica, o que, erradamente, tem apoiado sua defesa indiscriminada em situações as mais diversas;

iii) Parece consensual o entendimento da obrigatoriedade na obtenção do TCLE quando se tratar de pesquisas em seres humanos, já que é uma imposição legal da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e do Conselho Nacional de Saúde. Mas a tentativa de universalizar a implementação da obtenção do TCLE como ferramenta deontológica obrigatória em quaisquer procedimentos médicos guarda mais relação com a excessiva burocratização do ato profissional do que com amparo moral veraz. E este fato que pode sim dificultar a relação médico-paciente e desestabilizar seu caráter, o qual deveria ser maiormente virtuoso e apoiado nas chamadas virtudes cardinais (*prudência, justiça, coragem e temperança*), podendo inclusive contribuir para fazer desta ferramenta surgir um sentimento de desconfiança e estimular uma postura defensiva de ambas as partes.

A aplicação do TCLE, desde que se reconheça como válidas sua heterogeneidade ontológica demonstradas nas três alternativas apresentadas acima, atenderá sensatamente as normas emanadas pelo Conselho Federal de Medicina, assim como receberá o amparo moral dos referenciais da bioética clínica.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, T. **As virtudes morais**: questões disputadas sobre a virtude. Edição e Tradução de Paulo Faitanin e Bernardo Veiga. Campinas: Editora Ecclesiae, 2012.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**: Poética. Seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Principles of Biomedical Ethics**. Oxford: University Press, 2009.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad. Luzia Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.
- CARNAP, Rudolf. **Empirismo, semântica e ontologia**. São Paulo: Abril Cultural, 1975.
- CFM. **Recomendação número 1/2016**. Disponível em https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf
- ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Loyola. 1998.
- GRACIA, D. **Pensar a Bioética: metas e desafios**. Trad.: Carlos A. Bárbaro, Rio de Janeiro: Loyola, 2010.
- MACINTYRE, A., **Depois da virtude**. Trad. Jussara Simões. São Paulo: EDUSC, 2001
- MARQUES FILHO, J. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica, **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 2, p. 175-183, 2011
- O'NEILL, O. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge University Press (The 2001 Gifford Lectures), 2002.
- SEDLMAIER, C. E.; HERNANDEZ, D. P. Origens do consentimento informado na prática clínica do médico e sua importância na bioética. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 177-188, 2019. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1576/705>
- SIQUEIRA, J. E. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética, cuidado e humanização**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, Centro de Estudos, p. 331-347, 2014.
- WITTGENSTEIN, L., **Investigações filosóficas**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.