



**Revista Portuguesa
de**

irurgia

II Série • N.º 2 • Setembro 2007

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Consentimento informado – uma sinopse

Jorge A. S. Melo

Médico. Membro da Comissão Executiva da Comissão de Ética Para a investigação Clínica.
Ex-Chefe de serviço de Hematologia Clínica do IPOFG, Lisboa.
Ex-Presidente da Comissão de Ética Para a Saúde do IPOFG, Lisboa

RESUMO: A prática do Consentimento Informado é recente quando comparada com a longa história da medicina. Torna-se realidade quotidiana desde o estabelecimento da bioética, nos anos setenta do século vinte, e impõe repensar os padrões tradicionais de relação médico-doente. Apesar de os fundamentos médicos e jurídicos terem mais de dois séculos a sua implementação continua sujeita a tergiversações e erros. Por isso se justifica esta sinopse que de forma sucinta passa em revista os dados fundamentais deste processo comunicacional que é o Consentimento Informado.

ABSTRACT: *The practice of Informed Consent is quite recent and even new if the long history of medicine is considered. Although the concept has been generalized after the birth of bioethics its roots come at least from the end of the xviii th century in England and imply strong modifications on doctor-patient relationships patterns. The fact that every day medical practice is no short of informed consent doubts and problems justifies the present notes on that topic.*

A PRÁTICA MEDICA TRADICIONAL.

A prática médica tradicional é ainda hoje herdeira de princípios e práticas estabelecidas quando do nascimento da medicina grega clássica. Entre os aspectos mais duradouros dessa influência estão os padrões de relação médico-doente que se mantiveram inalterados durante mais de vinte e cinco séculos. Na essência, ao médico exigia-se que cumprisse os deveres de origem hipocrática (respeito pela vida do doente, dever de pelo menos não fazer mal, de sigilo absoluto - a manter mesmo para além da morte do doente -), ao que se juntava o poderoso conceito platónico-aristotélico de excelência, simultaneamente no saber fazer e na moral. Este conjunto de deontologia e excelência revertia a

favor do doente, muitas vezes reduzido nas suas capacidades.

O produto desta assimetria nítida entre quem sabe, pode ajudar e tem deveres de excelência, e quem necessita e está diminuído pela condição de doença, é um padrão de relação muito desigual em que o médico é levado a decidir o que é melhor para o doente. E fá-lo sem deliberação deste a propósito das intervenções ou prescrições médicas. Assim nasce o paternalismo médico que dispensava a opinião do doente sobre as decisões médicas. Aliás o ideal era o médico prescrever e o doente obedecer, sem questão ou dúvida.

Assim como os corpos teórico e de prática médica se mantiveram pouco alterados desde a fixação do humoralismo por Galeno, pelo menos até ao século xvi, tam-



bém o padrão geral de relação médico-doente esteve fixado no modelo herdado da Grécia clássica e é justificado por uma ética médica que é deontologia hipocrática e excelência aristotélica. E esta ética, que é um sistema interno da profissão médica, permanece inalterado até ao fim do séc. XVIII.

AS MUDANÇAS TÊM FUNDAMENTOS PROFUNDOS, MAS DEMORAM.

Se é verdade que a medicina clássica tinha o doente como objecto primeiro, não o é menos que o triângulo hipocrático – doente, doença e médico – cuidava pouco do que interessava ao homem, excepto no que dizia respeito à doença.

Mudanças nesta perspectiva, exigem antes de mais que a forma como o ser humano é entendido mude. Foram necessárias várias modificações no conceito de Pessoa, essencialmente levadas a cabo pela filosofia ao longo de séculos. Não cabe aqui a análise dessa evolução filosófica mas merece mesmo assim a pena lembrar, pelo menos o papel central que John Locke desempenhou. Tomando como ponto de partida as descrições do estado de bem estar das populações do Novo Mundo, feitas pelos descobridores do Novo Mundo, Locke desenvolve uma teoria que defende a redução do poder centralizado do rei e reconhece a importância do Homem e do Cidadão. Têm origem em Locke as revoluções liberais inglesa, os textos da primeira constituição que é escrita na América do Norte – a do Bom Povo da Virgínia-, e textos da revolução francesa. Não é demais afirmar que sem os trabalhos de Locke e dos seguidores não teríamos os conceitos de Cidadão portador de direitos, como hoje temos.

Numa Europa onde se dão estes desenvolvimentos de filosofia e de filosofia política, vão surgir, no final do séc. XVIII, os primeiros passos do consentimento informado.

Detentores de direitos, os cidadãos podem agora queixar-se das consequências, para si inesperadas, do agir médico. E nos tribunais ingleses do final desse

século surgem as primeiras condenações de médicos. Não terem informado os doentes sobre as consequências possíveis do seu agir é a culpa médica. A jurisprudência impõe aos médicos o dever de informar previamente os doentes – por respeito pela sua autonomia.

O conceito de autonomia, é a outra raiz filosófica necessária. E um dos maiores nomes a esse respeito é o de Kant. Na essência, é autónomo o ser humano que pode decidir de forma livre, isenta de quaisquer constrangimentos; i.e. o direito à e a capacidade para a criação de uma lei própria do agir individual.

Na mesma época alguns médicos e entre eles John Gregory (1725-1773), defendem que a relação médico-doente deve ter um forte componente de simpatia e compaixão. Esta é uma mudança real para os padrões da época e tem implicações profundas, por exemplo no que diz respeito a informar o doente sobre o seu estado. John Gregory defende que:

“todo o homem tem direito a falar quando se trata da sua saúde e da sua vida”ⁱ.

Reconhece, no entanto, que sempre que essa informação possa ser deletéria para o doente, deve o médico sonegá-la. A esse dever chama “privilégio terapêutico”, algo ainda hoje presente na maioria dos códigos deontológicos ocidentais.

É portanto no final do século XVIII que a jurisprudência impõe o respeito pela autonomia do doente; e que a medicina reconhece o dever de informar por razões de simpatia e compaixão. O impacto destas mudanças só mais tarde vai tornar evidente na prática médica. Mas já não poderá ser esquecida a vontade do doente, tomada como expressão da sua autonomia. O clássico modelo paternalista de relação médico – doente tem condições para mudar, mas a resistência à mudança vai fazer o seu papel.

ⁱ John Gregory. Citado por Diego Gracia *in* Fundamentos de Bioética. Editorial Eudema Universidad, Madrid, 1989.



A medicina no início do século vinte luta pela afirmação como ciência natural. É bem sucedida, em grande parte devido á importação para os Estados Unidos da América do Norte do modelo científico de prática médica desenvolvido em França e na Alemanha no final do século XIX e início do século xx. País liberal, de responsabilização máxima e liberdade máxima, os EUA são um local de expansão e aplicação dos direitos do cidadão e do doente que afirmam a sua autonomia. Os diferendos entre médicos e doentes vão crescer em número e alterar-se quanto á tipologia geral das queixas.

O CONSENTIMENTO INFORMADO INSTALA-SE E DIFUNDE-SE

A medicina do século vinte, fruto de desenvolvimentos científicos e técnicos, bem como dos impulsos que as duas grandes guerras geraram, alterou-se substancialmente. A cirurgia viu resolvidas limitações que a tolham: em 1900 Landsteiner identifica os grupos sanguíneos abrindo a porta para o controlo da hemorragia; a luta contra infecção ganha-se com os antibióticos; e a reanimação avança uma vez disponíveis os ventiladores. As guerras trazem à medicina a noção de que tudo o que pensável é fazível, em especial no âmbito cirúrgico. E o consentimento e a informação ao doente? Continuam de aceitação difícil. Leiam-se as palavras de F. Cotton, em 1933:

“é muito eficaz fazer com que os doentes assinem um documento em que afirmam ter compreendido o tipo de tratamento proposto, os riscos que envolve, os efeitos residuais que podem produzir no carro de correr bem e a possibilidade de fracasso parcial”ⁱⁱ

São o espírito médico da época e o desenvolvimento tecnológico por um lado e a consciência da cidadania e

ⁱⁱ ibidem.

dos direitos dos doentes, por outro que vão protagonizar, perante desenlaces novos, resultados inesperados de intervenções médicas, um fenómeno crucial: a descoberta de que a ética médica, na essência ainda a mesma dos tempos da origem grega clássica, apenas retocadas com compaixão e simpatia por Gregory, já não bastava para uma axiologia do agir médico. A ética médica tinha-se mantido afastada de olhares estranhos à profissão e mesmo quando adquiriu um forte componente deontológico, no início do séc. XIX, com Thomas Percival, manteve-se um sistema interno da profissão.

São vários os casos em que a disparidade entre as expectativas de doentes ou famílias e os resultados obtidos, em muitos casos desconhecidos também dos próprios médicos, suscitam revolta social, controvérsia legal e espanto filosófico. Perante a repetição deste tipo de fenómenos, nos EUA, na década de sessenta iniciase a convocação de uma multiplicidade de saberes, externos à medicina, para, em conjunto com a ética médica, avaliara a eticidade e valores do agir médico. Surge assim um novo corpo de saber que se vai transformando em ciência nova – a bioética. Sobre a génese da bioética, que nasce como um fenómeno inicialmente americano veja-se Albert Jonsen¹.

A bioética não substitui a ética médica, integra-a. Mas gera um novo corpo teórico, em grande parte integrador de saberes e valores de várias ciências, da medicina á filosofia, passando pela teologia, jurisprudência, antropologia, sociologia, entre outras. Da génese deste novo saber não está afastado o presidente dos EUA que em mais de uma ocasião nomeara Comissões Presidenciais para avaliar problemas na área da saúde, criados pelos novos desenvolvimentos. Essas Comissões vão ter um enorme impacte com os relatórios que produzem e que são hoje história da bioética. Um dos mais conhecidos e importantes relatórios, o Belmont Reportⁱⁱⁱ, produzido por uma vasta equipe

¹ Cf Albert Jonsen. The Birth of Bioethics. Oxford University Press, 1998

ⁱⁱⁱ The Belmont Report. National Commission For The Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1978.



multidisciplinar, está na gênese da primeira corrente do pensamento bioético – o princípalismo.

Uma das primeiras consequências do novo corpo teórico produzido é o reconhecimento da importância da emancipação do cidadão doente. A sua autonomia surge como um novo princípio filosófico e de ética aplicada, juntando-se aos hipocráticos deveres de beneficência e de não maleficência, agora reconvertidos em princípios, e à equidade na distribuição de recursos escassos.

Se a esta nova corrente da ética defende que a autonomia do doente deve ser assegurada, o litígio tradicional leva à necessidade de documentar o respeito por essa autonomia. Mas o documento, importa assinalá-lo bem, não é a autonomia.

Com estas inovações, surgem necessariamente novos padrões de relação médico-doente – que na essência garantem a expressão da autonomia do doente, em formas diversas de parceria entre doente e médico. E o paternalismo fica confinado a duas situações limite: a situação de emergência e a de recusa consciente e legítima do doente a ser informado. Desde então sucedem-se modelos de relação médico-doente de que o trabalho de Emanuel e Emanuel são exemplo^{iv}.

O CONCEITO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

É em 1947, num texto do Medical Board of Rivew da Atomic Energy Commission dos Estados Unidos da América que a expressão “consentimento informado” parece surgir pela primeira vez^v. O que então se defende é que os participantes em determinado gesto, devam ser informados, com verdade, possam ponderar e emitir, ou não, a sua aquiescência.

^{iv} Emanuel, EJ and Emanuel, LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA, 1992; 267:2221-2226

^v Jonathan Moreno and Valerie Hunt. How The Atomic Energy Commission Discovered “Informed Consent”. In Bioethics and Society. Ed. by Raimond DeVries and Janardan Subedi. Prentice Hall, New Jersey, 1998.

Para que alguém possa afirmar a sua autonomia, sobre determinado tópico, expressando a sua vontade após deliberação, deve a informação prestada ser avaliada tendo em conta o seu sistema de valores. E a deliberação só é genuína quando se verificarem alguns pressupostos, e dentre eles que a informação fornecida fosse verdadeira. O modo como se comunica essa informação verdadeira também importa: deve usar-se uma linguagem acessível, clara, desprovida de jargão técnico; deve dar-se tempo para que a pessoa possa pensar e estruturar as suas dúvidas, que devem ser cabalmente esclarecidas; não pode usar-se nenhum tipo de pressão que coarte a liberdade de quem decide, muito em especial no que diz respeito às crenças e valores do doente.

O produto final desse processo decisório que implicou informação verdadeira, tempo para deliberação, respeito pelas crenças e valores do interessado e expressão livre da sua vontade chama-se consentimento informado.

O consentimento informado não é senão este processo. Mas para que seja válido, deve obedecer também a requisitos por parte de quem decide. Exige-se, por isso, que:

- a) consentir seja um acto intencional
- b) livre de constrangimentos externos
- c) feito na posse de conhecimento adequado
- d) seja autêntico, i.e., que a decisão agora tomada seja coerente com as decisões anteriormente expressas pelo sujeito.

MODALIDADES

De uma forma simples pode escolher-se a modalidade de expressão do consentimento informado tendo em conta o grau de agressividade, o risco e a irreversibilidade da mutilação do gesto a praticar. Quer isso dizer que gestos simples e quase desprovidos de risco carecem de informação mas dispensam o texto escrito; e a aquiescência assinada não é então necessária. Pode mesmo ser apenas presumida a aceitação – ou quando a um gesto simples proposto não se segue qualquer expressão de dúvida ou apreensão, ou, no extremo



oposto, em caso de emergência, o doente está incapacitado de emitir o seu parecer. Mas também se reconhece que actos médicos mais invasivos ou de maior risco a informação oral deve ser complementada com um texto escrito adequado, claro, verdadeiro, a cuja leitura se segue um período para formulação de dúvidas e esclarecimentos, só então se seguindo a expressão da vontade do doente.

Em resumo, as modalidades possíveis são as de consentimento presumido, de consentimento expressas (orais ou escritas). E em caso de incapacidade de decisão do doente são aceitáveis os consentimentos por delegação.

PROBLEMAS

É necessário reconhecer que a prática quotidiana do consentimento informado, tomado como expressão do respeito pelo doente enquanto Pessoa de pleno direito e na posse de todas as suas faculdades, tem problemas e padece de corruptelas. Citam-se alguns exemplos que mostram a facilidade de correcção:

a) “Pedir ao doente que assine uma folha de consentimento reduz a responsabilidade médica”. Tal não corresponde à verdade. A responsabilidade de uma decisão médica é sempre médica; e o doente apenas decide sobre os que o médico, de acordo com o seu julgamento e com as boas práticas, decidiu propor.

b) “Pedir ao doente que assine um texto reduz a confiança do doente”. Mesmo tendo em conta um elevado grau de ileteracia e um enraizado hábito de medo de assinar documentos, que frequentemente se encontra, a verdade é que a explicação de que se trata da expressão de uma prática institucional que visa registar as práticas, e assumir as responsabilidades médicas, desfaz, em muitos casos a eventual desconfiança do doente.

c) “A obtenção do consentimento informado abre a porta a conflitos de autonomias”. É claro que podem surgir ocasiões em que o doente deseja ver realizados gestos técnicos que violam as boas práticas médicas e, portanto, deseja actos a que o médico tenha de se opor. Mas essa é uma boa razão para deixar claro, por não consentimento, o que foi proposto.

d) Tomar a assinatura do Folheto de Consentimento Informado como obtenção real de C.I.. Uma qualquer assinatura, aposta num texto, mesmo que institucionalmente reconhecido, se não foi precedida de um processo comunicacional correcto, não é um Consentimento Informado.

e) O que fazer quando o doente não assina o Folheto ou não aceita as propostas médicas? É necessário lembrar que o processo comunicacional de informação e que cria espaço para deliberação do doente, visa não que o doente concorde com as propostas, mas que o doente expresse a sua verdadeira e livre decisão. Que pode ser a decisão de Não Consentimento. Resta ao médico garantir que ela foi tomada de forma livre, consciente e que é coerente - e não pode violar a vontade expressa do doente.

CONCLUSÃO

Foi pretensão deste texto curto, explicitar, de forma sucinta, as fundações do Consentimento Informado, deixando claros alguns aspectos da sua história e das suas características fundamentais. Espera-se que tenha resultado clara a forma como o respeito pela Pessoa doente, dotada de plenos Direitos e Deveres, sendo um dado novo e relativamente recente na história da medicina, mudou a leitura ética da prática médica e resulta num respeito acrescido pela condição humana do doente.

