



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 44 • Março 2018

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

O Consentimento Informado em Cirurgia

Informed Consent in Surgery

Carlos M. Costa Almeida

Director de Serviço de Cirurgia do CHUC-Hospital Geral (Covões), Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra

Pode-se dizer que foi Hipócrates quem tornou a medicina numa profissão como hoje a entendemos, e que a Escola Hipocrática de Medicina criou as regras da relação médico-doente que perduraram durante 23 séculos, e que só muito recentemente sofreram alguma modificação. Na sua sequência, a prática médica baseia-se nos princípios da beneficência e da não-maleficência, e, nesse sentido, logo no Juramento de Hipócrates se afirma que o médico deve tratar os doentes e se deve abster de lhes fazer mal, afirmando o mesmo autor, noutra obra, que a função principal do médico para com o doente “é fazer-lhe bem e não lhe fazer mal”. Será curioso notar que a expressão em latim *primum non nocere* (em primeiro lugar não causar dano), que traduz exactamente isso, dando primazia ao não fazer mal, não foi usada por aquele médico grego mas sim criada muito tempo depois, alegadamente por Thomas Sydenham, no século XVII, quando o latim era a língua intelectual, acabando por ficar registada como uma parte fulcral do que se pretende transmitir com aquele Juramento. Com um significado muito amplo em medicina e em cirurgia, aquela frase constitui em si mesma um axioma absolutamente central em farmacologia clínica, lembrando todas as interacções e efeitos secundários dos medicamentos, embora cada vez mais se possam encontrar situações clínicas em que a sua acuidade pode ser discutível.

Na época de Hipócrates, e durante séculos a seguir, a relação médico-doente assentava num verdadeiro paternalismo médico, devendo este comportar-se para

com o doente como um pai para um filho. Tudo o que fizesse era para bem dele, mesmo que eventualmente não parecesse. Nesta óptica, o médico tinha o dever de proteger esse filho, fazendo-lhe o bem e poupando-o ao mal, prescrevendo o tratamento adequado, e responsabilizando-se por isso. Quanto ao doente, restava-lhe o papel de fazer o que lhe era dito por quem sabia e queria o seu bem – tal como os filhos em relação aos pais. A preocupação e a responsabilidade pelo que acontecesse ao doente eram apenas e totalmente do médico. Em textos atribuídos a Hipócrates, recomendava-se mesmo que o médico escondesse tudo o que pudesse do doente, para não o preocupar e para lhe dar descanso de espírito, desviando a sua atenção daquilo que lhe estava a fazer e das complicações possíveis, omitindo até o diagnóstico que lhe reservava.

Embora haja quem afirme que o exercício da medicina não terá sido tão autoritário como algumas passagens hipocráticas fazem crer (a não ser, porventura, na Idade Média, quando a prática clínica esteve confiada aos monges, habituados a uma organização severa e ao dogma nas próprias relações humanas), o facto é que ninguém contesta que só muito recentemente se estabeleceu a necessidade de obter um consentimento informado e prévio, como forma de respeito por um verdadeiro e próprio direito do paciente a saber e consentir. Numa perspectiva actual, os valores pessoais do doente, enquanto sujeito inserido numa determinada cultura que lhe é própria, merecem a devida atenção, em respeito pelo seu direito à autodeterminação. E esse



respeito veio alterar a sua postura no seio da relação clínica, passando de uma completa dependência para uma participação activa. O respeito pela dignidade da pessoa humana significa, acima de tudo, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir, o que implica e pressupõe um conhecimento esclarecido do diagnóstico, dos riscos e passos do tratamento ou intervenção (sem prejuízo do privilégio terapêutico, que adiante se refere), assim como eventuais alternativas terapêuticas. Em última instância, a decisão sempre é do paciente, que exprimirá a sua vontade, aceitando ou não a estratégia terapêutica proposta, até ao momento da sua execução.

A doutrina do *consentimento informado, livre e esclarecido* é relativamente nova na medicina. Atribuiu-se-lhe o início nos Estados Unidos da América, em 1928, quando um Tribunal deliberou: “...todos os seres humanos maiores de idade e com saúde mental (competentes) têm o direito a determinar o que deverá ser feito com o próprio corpo; e um cirurgião que realize uma operação sem o consentimento do paciente comete uma violação, estando por isso sujeito à exigência de responsabilidade”. No rescaldo de experimentações humanas degradantes e criminosas realizadas durante a Segunda Guerra Mundial, surgem o Código de Nuremberga, em 1947, e a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, onde se refere a necessidade de consentimento voluntário após informação correcta que permita decidir. A Declaração de Helsínquia, sobre investigação com humanos, redigida pela Associação Médica Mundial em 1964, fala de consentimento informado, e, de acordo com a Declaração de Lisboa, pela mesma Associação, em 1981, “o paciente tem o direito de consentir ou recusar tratamento na base de esclarecimento adequado.” A importância de uma participação activa do paciente na relação clínica, no âmbito da necessidade da sua livre vontade para qualquer intervenção médica, foi registada na Recomendação proposta pelo Grupo de Trabalho da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), em 1985. E também na Convenção de Bioética do Conselho da Europa (1996) se afirmou claramente que “uma intervenção no campo da saúde

só deverá ser efectuada após a pessoa o permitir, dando para tal o seu consentimento livre e informado.” Do ponto de vista judicial, o Código Penal português prevê o crime de *intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários*, ou seja, sem o consentimento informado e esclarecido do paciente, fundando-se este no direito à integridade física e moral do indivíduo.

O consentimento insere-se na moderna relação médico-doente, em que o segundo deixa de seguir cegamente o primeiro, antes passa a ter o direito de partilhar das suas decisões no que lhe dizem respeito. Poder-se-ia considerar que isso vem aliviar a pressão sobre o médico, ao não decidir só por si, mas a verdade é que a responsabilidade técnica continua a ser sua: o doente apenas consente. Pode exercer uma preferência, mas sobre o que lhe é sugerido pelo médico, este de acordo com o que sabe, a sua experiência e o que a evidência médica do momento mostra que é bom. Pretende-se que o paciente, para poder escolher, seja perfeitamente esclarecido sobre o assunto em questão, mas não se espera com certeza que um leigo na matéria possa decidir tecnicamente, ou contribuir para essa decisão, por mais que se lhe explique! A escolha, ou aceitação, pelo paciente do que lhe é proposto será sempre com base em parâmetros próprios, de carácter social, ou psicológico, ou emocionais, mesmo que a informação que lhe foi prestada o tenha deixado, na sua opinião, secundada pela do médico, esclarecido. É isso o consentimento informado e esclarecido. A orientação técnica e as suas consequências continuam a ser responsabilidade do médico.

Há um número significativo de pacientes que *renunciam* à informação, pelo menos muito detalhada, sobre a sua doença e respectivo tratamento, e consentem nele entregando-se nas mãos profissionais do “seu” médico, dentro da lógica do velho “paternalismo”. O médico deve respeitar essa preferência do doente, não o atormentando com pormenores indesejados – razão por que era assim feito na velha medicina hipocrática. Quanto aos outros, os que querem participar na escolha, devem ser informados da melhor maneira possível de modo a poderem ficar esclarecidos das suas dúvidas.



E assim poderem consentir, sem se sentirem coagidos ou direccionados: isto é, livremente. Destes, naqueles em que o conhecimento da verdade nua e crua sobre a sua patologia e o seu futuro enquanto doentes os possa afectar seriamente na sua evolução clínica, de modo justificadamente expectável, aceita-se serem também poupados a um esclarecimento cabal. É o chamado *privilégio terapêutico*. Para além desta situação, outras razões podem permitir o não esclarecimento: os casos de *tratamentos de rotina*, em que não se vislumbra risco ou dificuldade que force a uma informação detalhada ao doente para que este possa decidir, e os *estádios terminais*, na medida em que habitualmente determinam o que alguns apelidam de *perda de autonomia*, justificando formas mais suaves de esclarecimento, ou mesmo a sua omissão.

Duma maneira geral é, pois, fundamental que o doente consinta, ou escolha, depois de esclarecido. Mas a mesma informação pode não ser eficaz em todos os doentes, quer dizer, alguns podem não ficar esclarecidos apesar dela. Há, pois, que procurar a informação, e o modo de a transmitir, mais adequados ao esclarecimento de cada um. Chama-se a isso *informação eficaz*. Que tem forçosamente de passar por um diálogo entre o médico e o doente, através do qual se percebe no final que este ficou esclarecido. Por mais documentos escritos que sejam entregues ao paciente, e que ele assinie, poderá sempre mais tarde argumentar que não lhe foram adequadamente explicados, ou que os percebeu mal. É da comunicação, do colóquio singular, entre o médico e o doente que sai mais eficazmente a informação necessária, que o médico pode adaptar ao doente que tem na sua frente, em contacto consigo,

usando inclusivamente, para isso, a empatia profissional que deverá estabelecer com ele.

Que médico deve obter o consentimento informado, esclarecido e livre do doente? O que lhe possa explicar com detalhe o que lhe vai ser feito, e como, as alternativas, as dificuldades a vencer, as complicações possíveis, o que fazer para as evitar e resolver, que resultados esperar. Sem hesitações, com conhecimento de causa, sem dúvidas, de modo a poder tirar todas as que o doente apresente.

E isso legalmente é quanto basta. O facto de o consentimento ter sido obtido por escrito não significa forçosamente que o doente tenha sido adequadamente informado e esclarecido, ou que tenha consentido livremente e não tenha sido induzido a tal. Por isso a nossa Lei não exige um consentimento escrito, e a Entidade Reguladora da Saúde também não, apenas fala em “preferencialmente escrito”. Já a Direcção Geral de Saúde, através da Norma respectiva, impõe um documento escrito. É uma regra administrativa a cumprir nos hospitais, naturalmente, mas que não deve de maneira nenhuma implicar um aligeirar no esforço para que o consentimento do paciente seja colhido por quem o deva colher, isto é, tenha as condições necessárias para o informar eficazmente, e por isso tal consentimento seja dado de modo informado e esclarecido e se possa dizer livre, tal como atrás ficou dito. Porque, se não tiver sido assim, a simples existência dum papel assinado não terá qualquer peso legal e ético em termos de responsabilidade médica. Antes demonstrará, em si mesma, uma falha do médico na obtenção do consentimento por parte do doente para a intervenção ou tratamento em causa.

Correspondência:

CARLOS COSTA ALMEIDA

e-mail: c.m.costa.almeida@gmail.com



