

Consentimento Informado: o Fim do Silêncio...

Paula Alexandra A. Ribeiro Marques *



Neste trabalho iremos reflectir sobre o consentimento informado no âmbito das intervenções estritamente terapêuticas dos profissionais da saúde, pelo que não abordaremos a sua aplicação ou as suas implicações em termos experimentais, isto é, no campo da investigação científica ou dos ensaios clínicos. O consentimento informado, que alguns consideram constituir a legitimação e o fundamento do acto médico e um dos elementos mais importantes do actual exercício das profissões da saúde, constitui-se como um direito moral e legal do doente, sendo consequentemente gerador de obrigações, igualmente éticas e legais, para os profissionais de Saúde. Tentaremos por isso, analisar o consentimento informado nesta dupla e complementar vertente: ética e legal.

Sendo a Enfermagem a nossa área profissional, não poderíamos deixar de efectuar algumas considerações sobre as implicações do consentimento informado no âmbito mais restrito e específico do exercício profissional da mesma; dado considerarmos ser esse um dos pilares sobre o qual deve assentar a relação doente-enfermeiro, e a forma eticamente correcta e legal de conduzir essa mesma relação.

O Dilema Ético

A autonomia, a liberdade e o respeito são direitos fundamentais e invioláveis de todo e qualquer ser humano. É precisamente de autonomia, de liberdade e de respeito pela individualidade do ser humano que falamos, quando nos referimos ao consentimento informado na prática das profissões da saúde e na relação doente – profissional da saúde.

Historicamente, e até há bem pouco tempo (alguns casos até hoje...), nunca a falta de informação ou de autorização do doente constituíram obstáculos no exercício da actividade clínica; pelo simples facto de que, de acordo com a tradição

“hipocrática” assente no paternalismo clínico e no total ascendente do médico sobre o enfermo (do latim *infirmus* – indivíduo sem firmeza, logo sem capacidade de decisão e sem vontade própria), não fazia qualquer sentido abordar a relação médico – doente como uma relação entre iguais. Como nos refere OLIVEIRA (1999) “... desde o velho culto de Asclépio até à mistura que ainda hoje persiste entre um saber racional e um saber mágico, toda a caminhada do sofrimento humano garantiu à medicina um estatuto superior e estabilizado que não se compadecia com a humana prestação de contas”.

Neste contexto, os princípios prevalecentes na prática médica e aqueles que desde sempre representaram o apelo mais intuitivo para todos os profissionais da saúde foram o da *beneficência* e,

* Licenciada em Enfermagem de Reabilitação; pós-graduada em Bioética; assistente do 1º triénio na Escola Superior de Enfermagem de Portalegre. Contacto: pamato@clix.pt.

complementarmente, o da *não-maleficência*. Histórica e tradicionalmente a medicina e as outras profissões da saúde centraram as suas práticas nestas duas dimensões, sobrevalorizando-as e fazendo-as sobrepôr-se a outros princípios, bem mais recentemente emergentes. O “fulcro” da prática médica foi sendo assim, de forma quase inalterada e sem outras preocupações, desde Hipócrates até às primeiras décadas do século XX o constante no Juramento Hipocrático: “Usarei o meu poder para ajudar os doentes com o melhor da minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar dano ou de enganar a qualquer homem com ele”.

É certo que a obrigação moral de agir em benefício dos outros (beneficência) e a de não infligir dano intencional (não-maleficência) terão sempre que continuar presentes na exercício das profissões da saúde; representando, enquanto princípios éticos, formas de actuação obrigatórias e correctas, e não mera declaração de intenções filantrópicas ou caritativas. O que também já referimos anteriormente é que associada a estes dois princípios esteve quase sempre uma concepção e uma prática paternalista da medicina, baseada na dedicação quase “sacerdotal” e no empenhamento exclusivo do médico no bem do doente, menorizando a participação deste em todo o processo terapêutico, e que cerceou durante séculos a autonomia e a liberdade desse mesmo indivíduo/doente.

É pois frequente vermos associado ao consentimento informado a existência de um dilema ético, resultante da tensão entre o princípio da beneficência (do médico) e o princípio da *autonomia* (do doente). Não é por acaso que “a introdução do conceito de *assentimento* informado levanta ainda muitas objecções por parte dos médicos e das suas associações profissionais” (SERRÃO, 1996). Pessoalmente consideramos que autonomia e benevolência não são princípios éticos contraditórios ou, de *per si*, conflituais; antes se devem completar e mutuamente enriquecer. O “perigo” de conflito tem, quanto a nós, a sua génese em diferentes formas de ver e de praticar as profissões da saúde: mais do que entre beneficência e autonomia, é entre paternalismo e autonomia que o conflito surge.

Analisemos então, com mais detalhe e à luz do princípio da autonomia, a importância e a necessidade do consentimento informado na prática clínica actual.

Partindo da premissa básica de que todo o ser humano tem o direito de determinar, e portanto aceitar ou recusar, o que será feito no seu corpo e com o seu corpo, o consentimento informado traduz o respeito pela autonomia e pela liberdade da pessoa doente, isto é pela capacidade de o indivíduo compreender a sua própria situação e definir e perseguir objectivos pessoais, sem estar influenciado por coacções de qualquer espécie. Respeitar a autonomia é reconhecer que o indivíduo possui crenças, valores, ideias e pontos de vista próprios, sendo ele que deve deliberar e tomar decisões segundo o seu próprio plano e opções de vida, mesmo quando elas contrariem ou divirjam das dominantes ou mais comunmente aceites na sociedade. Falar em autonomia representa, afinal, a consideração do ser humano não como um meio, ou um mero instrumento, mas como um fim em si mesmo.

O consentimento informado representa, como pensamos que já ficou claro, uma mudança radical no que tem sido a relação entre o doente e aqueles que o tratam ou cuidam, na medida em que implica, acima de tudo, uma relação humana dialogante que visa eliminar atitudes arbitrárias ou prepotentes por parte dos profissionais e representa o reconhecimento do doente como ser autónomo, livre, merecedor de respeito e participante activo e central no seu próprio processo terapêutico.

Autonomia, que etimologicamente significa a condição de quem é autor da sua “própria lei”, representa de um modo geral independência, ausência de imposições externas, mas também nesta área que temos vindo a abordar, a ausência de limitações e incapacidades pessoais que impeçam ou diminuam a liberdade de decisão. Haverá por isso, e para que o consentimento informado associado à prática das profissões da saúde não se torne um simulacro ou um logro moral e/ou legal, que respeitar na sua obtenção uma determinada “metodologia” e um conjunto de princípios que seguidamente, e de forma sucinta, passamos a apresentar:

1. Capacidade de compreensão e de tomada de decisão; o profissional deve, desde logo, certificar-se de que o doente está, do ponto de vista físico e/ou mental, capacitado e possui competência para entender o que lhe vai ser transmitido e para assumir uma decisão pessoal.
2. Participação voluntária do doente; no exercício do seu direito de autonomia o doente pode, desde logo, recusar-se a receber informações sobre o seu estado clínico ou a tomar decisões relativas ao mesmo, colocando deste modo “nas mãos” dos profissionais toda a condução do seu processo terapêutico. Trata-se obviamente de um direito que lhe assiste e que, nesse caso, deverá ser respeitado.
3. Fornecimento da informação adequada; concluindo-se que o doente tem capacidade para entender e para decidir, e que quer voluntariamente participar nesse processo, entramos no âmbito da apresentação da informação, propriamente dita. “A informação é a base da autonomia, da independência, do conhecimento e da cultura... A ignorância permite o abuso, a subjugação, o domínio, a exploração e a estagnação” (GAUDERER, 1991), pelo que esta “etapa” assume importância vital e decisiva no processo do consentimento informado. É frequente vermos, sobretudo na relação médico – doente, a utilização por parte do primeiro de uma linguagem hermética e inacessível, muitas vezes técnica e cientificamente correcta, mas de compreensão impossível para o “comum dos mortais”. Há pois que ter em conta que a apresentação da informação, de toda a informação necessária à tomada de decisão, deve ser feita de forma a que se assegure, ao doente, a correcta e completa interpretação e “descodificação” de todos os factos e dados que lhe são fornecidos. É também nesta fase que o profissional apresenta a sua recomendação, proposta ou a alternativa que considera mais adequada ao tratamento do doente, bem como os

benefícios e eventuais riscos que da mesma, ou da sua recusa, poderão advir; não deixando também, se for caso disso, de apresentar outras possibilidades de intervenção terapêutica. No final deste passo, e mais uma vez, deve certificar-se que o doente compreendeu toda a informação que lhe foi transmitida.

4. Consentimento, propriamente dito; cumpridos todos os pressupostos atrás mencionados e na posse de toda a informação, poderá ser tomada uma decisão e concedida autorização ao profissional para actuar em conformidade com a mesma.

Refira-se ainda que todo este processo é dinâmico e que deve ser fundado na criação de um clima de abertura, diálogo e de respeito mútuo entre profissional e doente, dando a este o tempo suficiente para que interiorize toda a informação recebida e formule as questões que julgar necessárias para complementar o seu esclarecimento. O consentimento livre e esclarecido deve constituir a regra ética no relacionamento entre doente e profissional da saúde, afinal dois seres humanos iguais em direitos e deveres; e não apenas ser entendido como um mero instrumento burocrático ou exigência legal que “legitime” a manutenção dissimulada da autoridade e do poder do médico, do enfermeiro ou de qualquer outro profissional sobre qualquer indivíduo momentaneamente inferiorizado ou dependente, porque doente. Afinal, “... a pessoa doente pode perder, por exemplo, a autonomia para se deslocar, se ficou paralítica, mas não perde, por isso, a autonomia para decidir sobre a sua pessoa, sobre os tratamentos que aceita ou não, até sobre a própria vida...” (SERRÃO, 1996).

Para terminar, e relativamente à forma do consentimento, é amplamente aceite que o mesmo pode ser concedido oralmente (para procedimentos ou cuidados quotidianos de carácter mais “simples”) ou por escrito, quando se trata de intervenções de natureza mais complexa ou que impliquem risco. Neste caso, o consentimento deve ser perfeitamente claro, fazendo menção expressa ao procedimento

que está a ser autorizado. Nalguns casos ainda, defende-se o consentimento testemunhado, sobretudo a requerimento médico, visando comprovar que o mesmo é dado em total liberdade e sem qualquer espécie de coacção ou influência externa.

Independentemente da forma de que se revista a obtenção do consentimento, não podemos, mais uma vez, deixar de referir que o mesmo tem que resultar do diálogo racional entre dois indivíduos autónomos e livres e nunca de um acto de sujeição de um em relação ao outro.

Corpo Humano e Direito

Temos vindo a abordar a questão do consentimento informado no âmbito e à luz da bioética. Faremos agora, e porque “a actividade médica, em especial quanto ao corpo humano, não é um espaço livre de direito” (MARTINEZ, 2000), algumas considerações sobre a fundamentação legal do consentimento informado.

O consentimento informado justifica-se pelo direito da autonomia e os seus fundamentos estão contidos de modo implícito na Declaração Universal dos Direitos do Homem, ou explícito em documentos como o Código de Nuremberga, que fala no “consentimento voluntário” em matéria de investigação médica, como resposta às atrocidades cometidas pelo regime nazi nos seus campos de concentração, sob a capa da “pesquisa” científica; bem como na Declaração de Helsínquia ou na Convenção do Conselho da Europa para a Protecção dos Direitos do Homem e a Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina. Da mesma forma pensamos poder afirmar que, em diferentes momentos ou com diversas modulações, todos os países consagraram na sua Lei Fundamental (Constituição ou qualquer outra que seja a designação) o direito dos seus cidadãos à autodeterminação, à autonomia e à liberdade individual; que subjaz e justifica como já referimos, e neste âmbito específico em apreciação, o direito do indivíduo doente à autonomia, à

informação e à livre decisão em aspectos que se relacionem com o seu próprio corpo.

Em relação ao ordenamento jurídico português apresentamos seguidamente os aspectos mais significativos que se prendem com o consentimento informado.

Começamos por referir, no que aos crimes contra a integridade física se refere, a “ressalva” efectuada pelo legislador em relação às intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos (art. 150º - n.º 1 do Código Penal): desde que realizadas de acordo com a *leges artis*, por médico ou outra pessoa legalmente autorizada, e com o intuito de prevenir, diagnosticar ou tratar situação patológica, não se consideram ofensa à integridade física. Tal só é considerado, e punido, se em consequência de intervenção ou tratamento que viole a *leges artis* se verificar situação de perigo para a vida ou grau de ofensa para o corpo e vida do doente (art. 150º - n.º 2).

Refira-se ainda, e aqui entramos no âmbito específico do nosso trabalho, que as intervenções ou tratamentos (conforme definidos no já referido art. 150º) não podem ser efectuados de forma arbitrária; considerando-se imprescindível à sua realização o *consentimento* do doente (art. 156º - n.º 1 do Código Penal), após devidamente *esclarecido* sobre o diagnóstico e a natureza e possíveis consequências da intervenção ou tratamento proposto (art. 157º do mesmo); sendo ainda que esse mesmo consentimento só é válido, excluindo a ilicitude do acto a praticar, se o mesmo não for contrário a proibição legal ou aos bons costumes (art. 340º - n.º 2 do Código Civil), enquadrando-se aqui também o preceituado no art. 81º - n.º 1 do Código Civil ao considerar nula toda a limitação voluntária ao exercício da personalidade, se contrária aos princípios da ordem pública. Existe, caso o consentimento após esclarecimento não seja obtido, lugar a procedimento criminal, dependente da apresentação de queixa (art. 156º - n.º 4), e possibilidade de punição com pena de prisão até 3 anos ou pena de multa (art. 156º - n.º 1); a título de dolo, exigindo neste caso “...a representação, por parte do agente, de que actua sem consentimento ou de que o mesmo está inquinado por circunstâncias capazes de determinar a sua

ineficácia" (ANDRADE, 1999: 390), ou de negligência, conforme previsto no art. 56º - n.º 3.

Casos especiais existem em que a ausência de consentimento não é punível (art. 156º - n.º 2, al. a) e b) do Código Penal): se a obtenção do mesmo implicar adiamento na intervenção ou tratamento, com consequente perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde (o exemplo típico que aqui podemos referir é o do doente acidentado e inconsciente), ou ainda se o consentimento foi inicialmente obtido para determinada intervenção ou tratamento, "...vindo a realizar-se outro diferente por se revelar imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde (situação algo frequente em cirurgia, nomeadamente no período intra-operatório); podendo em ambos os casos também aplicar-se o disposto no art. 340º - n.º 3 do Código Civil ao presumir o consentimento quando a intervenção se realiza "no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível". Em qualquer das excepções acima referidas existe um limite, expresso de resto no já referido art. 156º - n.º 2 do Código Penal: a existência de "circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado".

Além do atrás referido, haverá ainda a considerar a necessidade de que o doente seja competente para prestar o consentimento: será assim considerado desde que possuidor do discernimento necessário para avaliar o seu sentido, no momento em que o presta (art. 38º do Código Penal); estando também prevista (art. 38º - n.º 2 do mesmo) a possibilidade de o consentimento ser livremente revogado até à execução do facto. Nos casos de indivíduos considerados incompetentes ou incapazes para decidir e de crianças até aos 14 anos de idade, o direito de prestar consentimento será exercido pelo representante legal; aspecto que levanta questões éticas e legais diversas das que aqui abordamos e que portanto não desenvolveremos (lembramos apenas, a título de exemplo, os membros de determinadas confissões religiosas que recusam a assistência médica aos filhos, nomeadamente a transfusão de sangue e derivados,

mesmo que isso se revele medicamente indicado ou imprescindível; e o debate ético-legal em torno dessa decisão e da actuação perante a mesma dos profissionais da saúde).

Para terminar, fazemos referência ao chamado "privilégio terapêutico": de acordo com o art. 157º do Código Penal pode o profissional da Saúde omitir informação se entender que a mesma se possa revelar prejudicial ao doente, pondo em perigo a sua vida ou que seja susceptível de lhe causar dano grave à saúde física ou psíquica. Obviamente que este "privilégio" deve ser muito bem balizado (sobretudo em termos éticos), sob pena de a sua utilização indiscriminada ou "desregada" deitar por terra os princípios e pressupostos inerentes ao consentimento informado.

Tratar correctamente um doente não é apenas actuar de acordo com as regras técnico-científicas da profissão, mas também considerá-lo um centro de decisão respeitável, não se substituir a ele ou decidir em vez dele. É também, e em suma, não lesar o seu direito à liberdade, à autonomia e à auto-determinação em termos de cuidados de saúde.

Para os Enfermeiros... O Silêncio Acabou!

Tendo em conta esta exigência cada vez mais premente de diálogo franco, aberto e "entendível" entre médico e doente "... hoje em dia, são os médicos que têm que cuidar da sua retórica", pelo que para eles "o silêncio... acabou" (OLIVEIRA, 1999).

E para os enfermeiros que exigências se colocam com o advento do direito do doente à decisão livre e esclarecida? Sendo a Enfermagem a nossa actividade profissional, achámos pertinente e interessante efectuar aqui algumas reflexões sobre o tema.

Começamos por referir que, se no caso da Medicina o dever de esclarecimento e a possibilidade de o doente recusar tratamento se encontram consagrados no art. 38º do *Código Deontológico da Ordem dos Médicos* (documento que suscita questões a alguns autores dado o modo como foi

aprovado e publicado; o que pode fazer duvidar da sua eficácia externa, bem como levantar dificuldades a que se considerem as disposições nele contidas como normas jurídicas em paridade, por exemplo, com as contidas no Código Civil); no caso da Enfermagem portuguesa o direito do doente à autonomia, à liberdade e à livre escolha encontram “abrigo” em dois documentos recentes e fundamentais em termos da afirmação e da autonomização da profissão: o *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (Decreto-Lei n.º 161 / 96, de 4 de Setembro) e posteriormente a criação da *Ordem dos Enfermeiros* e aprovação do seu Estatuto (Decreto-Lei n.º 104 / 98, de 21 de Abril).

Em relação ao primeiro, no seu art. 12º define como deveres dos enfermeiros os de respeitar a decisão do utente de receber ou recusar a prestação de cuidados propostos (n.º 2), respeitar e possibilitar ao utente a liberdade de opção em ser cuidado por outro enfermeiro, caso tal seja viável e não ponha em risco a sua saúde (n.º 3) e esclarecer o utente e os seus familiares sobre os cuidados que lhe prestam e sempre que estes o solicitem (n.º 4).

No que se refere ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, e na sua Secção II (*Código Deontológico do Enfermeiro*) consagra igualmente, em relação às intervenções de enfermagem, a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (art. 78º - n.º 1), considerando como valores universais a observar na relação profissional a igualdade (n.º 2, al. a), a liberdade e capacidade de escolha (n.º 2, al. b) e a verdade (n.º 2, al. c), princípios que estão certamente subjacentes ao consentimento informado. Ainda no referido Código é clara e explicitamente identificado o dever de informação e o direito ao consentimento informado, como resultantes do respeito pelo direito do doente à auto-determinação (art. 84º).

Em termos da prática quotidiana, grande parte da literatura consultada converge ao considerar impossível sugerir que o doente deva ser consultado sobre toda e qualquer acção de Enfermagem; se assim não fosse, a globalidade da relação doente – enfermeiro seria utilizada a obter permissão e a explicar procedimentos e as suas consequências, sem que se efectuassem outras

acções. Parece por isso não ser necessário explicar e pedir autorização para actividades mais simples ou que ocorrem com maior frequência, como avaliar a temperatura ou o pulso ou limpar e desinfetar uma ferida simples. Já a realização de outras, pela sua natureza invasiva, ou que possam afectar a dignidade ou a privacidade do doente são suficientes, independentemente da frequência com que são realizadas, para justificar a necessidade de explicação e de consentimento.

A base fundamental dos cuidados de Enfermagem, e o seu ponto de partida, é o estabelecimento de uma relação significativa e verdadeiramente de ajuda entre profissional e doente. Será neste diálogo permanente (não podemos esquecer aqui que os enfermeiros detêm uma posição invejável, pela sua presença ininterrupta junto do doente) e baseado no respeito pelos direitos fundamentais do indivíduo/doente, na igualdade e na verdade que as questões e as dúvidas suscitadas por este podem ser analisadas por ambos, fornecendo-lhe o profissional as informações necessárias e pertinentes, com vista à promoção de um processo de decisão racional. O enfermeiro é frequentemente referido na literatura da profissão como desempenhando o papel de “advogado” ou defensor do doente; só o será verdadeiramente quando o informar dos seus direitos, salvaguardando-lhe os interesses e intercedendo por eles, certificando-se de que o doente dispõe de todas as informações necessárias para tomar decisões fundamentais

Atingido este desiderato, o consentimento informado será, na prática da Enfermagem (mas também na de todas as outras profissões da saúde), um processo naturalmente aceite (e exigido) por todas as partes, e nunca mais visto como uma ameaça ao “poder” ou à competência dos profissionais.

Bibliografia

ANDRADE, Manuel da Costa – Comentário aos artigos 150º, 156º, 157º. In: Jorge Figueiredo Dias (dir.), *Comentário Conimbricense do Código Penal: Parte Especial, Tomo I – Artigos 131º a 201º*. Coimbra, Coimbra Editora, 1999.

- CABRAL, Roque – Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça. In: Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald (coord.), *Bioética*. Lisboa, Verbo, 1996, pp. 53 a 58.
- DIAS, Jorge Figueiredo; MONTEIRO, Jorge Sinde – *Responsabilidade Médica em Portugal*. Lisboa, Boletim do Ministério da Justiça, 1984 (n.º 332), pp. 21 a 79.
- GAUDERER, E.C. – *Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência*. Rio de Janeiro, Ed. Record, 1991.
- HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – *Dicionário da Bioética*. Lisboa, Instituto Piaget, 1998.
- JONES, Hilary – Autonomia e paternalismo: sócios ou rivais? *Nursing*, Lisboa, 1997 (n.º 7), pp. 16 a 19.
- KENDRICK, Kevin – Uma base para a prática de enfermagem. *Nursing*, Lisboa, 1992 (n.º 50), pp. 21 a 23.
- MALBY, Rebecca – Advocacia dos Doentes: qual o seu verdadeiro significado. *Nursing*, Lisboa, 1994 (n.º 74), pp. 8 a 9.
- MARQUES, Adelino – Responsabilidade Médica. In: Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald (coord.), *Bioética*. Lisboa, Verbo, 1996, pp. 83 a 88.
- MARTINEZ, Pedro Romano – *Corpo e Direito*. Lisboa, FML, 2000 (fotocóp.).
- OLIVEIRA, Guilherme – *Temas de Direito da Medicina*. Coimbra, Coimbra Editora, 1999.
- OSSWALD, Walter – Direitos do Doente, In: Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald (coord.), *Bioética*. Lisboa, Verbo, 1996, pp.93 a 98.
- REIS, Ana; CAMACHO, Eugénia; Camacho, Miguel – Consentimento Informado: direito do doente decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta. *Nursing*, Lisboa, 1999 (n.º 134), pp. 41 a 50.
- SERRÃO, Daniel – Consentimento Informado. In: Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald (coord.), *Bioética*. Lisboa, Verbo, 1996, pp. 78 a 80.