



Consentimento informado

José Augusto Simões*

O princípio do respeito pela autonomia é central para todos os que se preocupam com os aspectos bioéticos da relação entre profissionais de saúde e pacientes. É o corolário da dignidade inerente à pessoa humana e do seu direito à liberdade. No entanto, a sua prática não é isenta de dificuldades, pelos vários aspectos específicos inerentes a cada pessoa, onde interferem factores psicológicos, culturais e biológicos.¹

Designa-se por consentimento informado o acordo livre e esclarecido que um ser humano presta em relação a quaisquer actos médicos a serem praticados na sua pessoa. O consentimento informado é uma das consequências do princípio do respeito pela autonomia de todo e qualquer ser humano, baseado na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua auto-realização individual.²

É já universalmente aceite que é dever do médico fornecer a informação, o mais completa possível, a respeito de todo o procedimento que deva ser empreendido, e esta informação deve incluir consequências possíveis e o prognóstico ou a esperança provável de sucesso. No entanto, não há acordo sobre se a informação e o consentimento dados em formulários mais ou menos desenvolvidos pode ser considerado consentimento informado e esclarecido.³

Não há evidência que a maioria dos doentes recuse a realização de uma cirurgia de risco mesmo quando totalmente informados das suas consequências. Por isso, há muitos médicos que defendem que os doentes em estado de ansiedade entendem mal o que lhes está a ser dito, defendendo, por isso, uma informação parcelar. Aliás, o Código Penal Português⁴ dispõe no artigo 157º que «(...) o consentimento só é eficaz quando o doente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo doente, poriam em perigo a sua vida

ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica». Contudo, se é nosso dever como profissionais de saúde explicar, é nosso dever fazê-lo bem.⁵ Para que o consentimento seja esclarecido e informado e, logo livre, o médico deve respeitar o imperativo ético-jurídico de informar o paciente, atendendo ao seu nível cultural e capacidade de discernimento. Deve pois, prestar ao paciente os convenientes esclarecimentos quanto à natureza, possíveis resultados e consequências da intervenção ou do tratamento a efectuar, bem como certificar-se de que a pessoa compreendeu as informações prestadas.⁶

Pode-se, então, definir consentimento informado como a livre aceitação da intervenção médica por parte do paciente, após adequada exposição pelo médico da natureza da intervenção, seus riscos e benefícios.⁷

Num estudo por nós realizado¹ tendo por base as respostas de 56 médicos de família, verificamos que a atitude dos médicos de família relativamente aos direitos à informação e ao consentimento foi relativamente forte (valores superiores a 4,2 num máximo de 5), estando inversamente relacionada com a idade. Quando comparada com a atitude dos pacientes e dos enfermeiros,^{8,9} apresenta valores claramente superiores para ambas as dimensões estudadas, tendo esta comparação a limitação dos diferentes contextos dos referidos estudos.

As considerações atrás referidas vêm a propósito da publicação neste número da Revista Portuguesa de Clínica Geral de um Documento-Guia sobre Consentimento Informado, elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, que sintetiza as principais considerações e os procedimentos a adoptar para a obtenção do consentimento para actos de diagnóstico e terapêutica, assim como para estudos de investigação.¹⁰

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simões JA, Martins J. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. *Rev Port Bioética* 2007; 3: 315-30.
2. Archer L. Ainda os direitos do Homem. O consentimento informado. *Brotéria* 1999; 148 (2): 155-64.
3. Vollman J. Informed consent: a historical and medical perspective. In: Okasha A, Arboleda-Flórez J, Sartorius N, editors. *Ethics, culture and psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 2000. p. 167-88.

*Médico de Família na Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva, Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego III. Professor adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Editor da Revista Portuguesa de Clínica Geral



4. Código Penal. 6ª ed. Coimbra: Coimbra Editora; 1999.
5. Holmes R. Truth-telling, lying and the doctor-patient relationship. In: Gilton R, editor. *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: John Wiley & Sons; 1994. p. 505.
6. Melo HP. O regime jurídico do consentimento. In: Nunes R, editor. *Controvérsias na reabilitação da criança surda*. Porto: Fundação Eng. António de Almeida; 1998. p. 198-9.
7. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética Clínica*. Lisboa: McGraw-Hill; 1999. p. 53-65.
8. Martins J. Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Rev Investig Enfermagem* 2003; 8: 49-62.
9. Martins J. Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: percepções, atitudes e opiniões. *Revista Referência* 2004; 12: 15-26.
10. Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte. Documento-Guia sobre Consentimento Informado. *Rev Port Clin Geral* 2009 Set-Oct; 25 (5): 524-8.