



Revista da  
**ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA**

www.ramb.org.br



## Medicina da sala de aula

# Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento

## Ethics for physicians and surgeons: consent

Ivan D. Miziara\*

Faculdade de Medicina do ABC e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

#### Histórico do artigo:

Recebido em 3 de junho de 2013

Aceito em 10 de junho de 2013

On-line em 10 de julho de 2013

### Introdução

A obrigação do médico de obter o consentimento de seu paciente para um determinado tratamento proposto repousa no princípio ético de autonomia do paciente e no respeito às pessoas<sup>1</sup>. Neste contexto, o consentimento trata da “autorização autônoma para uma intervenção médica”, autorização esta realizada pelo próprio paciente<sup>2</sup>. Da mesma forma, obter o consentimento do paciente não se refere a um ato isolado, mas a toda uma dinâmica da relação médico-paciente, que inclui troca honesta e franca de informações entre ambas as partes envolvidas, e que não inclui, necessariamente, a aceitação do tratamento proposto – mas também a possibilidade de recusa do mesmo<sup>3</sup>. A esta dinâmica, Etchells et al. deram o nome de “processo de consentimento”<sup>1</sup>.

No Brasil, existe a visão distorcida de que obter o termo de consentimento do paciente para a realização de determinado procedimento ou terapêutica seria a melhor maneira de o médico prevenir-se contra ações futuras na Justiça, em caso de mau resultado. Além de distorcida, é uma visão falha: a natureza da relação médico-paciente permite várias interpretações, quando se trata de definir a responsabilidade

profissional em juízo. Alguns autores a definem como contratual, com a obrigação de meios<sup>4</sup>, ou seja: de empenho profissional.

Para França<sup>5</sup>, este contrato seria de locação de serviços. Porém, a questão é controversa. Bueres<sup>6</sup> reconhece as divergências existentes nesse aspecto, entretanto, não aceita a “locação de serviços”, posto que na relação médico-paciente não existe subordinação jurídica. Como se vê, em uma seara com tantas ideias divergentes, não será a assinatura do paciente em um papel que ele leu apressadamente, ou de forma inadequada, que protegerá o médico. Muito mais importante, sem dúvida, é o aspecto moral da questão em si.

Mas afinal, o que vem a ser o consentimento? Como já dissemos antes, consentimento é a “autorização autônoma para uma intervenção médica... por pacientes individuais”<sup>2</sup>. Ou, em termos mais simples, este se refere à ação de um indivíduo autônomo, informado a respeito do procedimento ou tratamento a que será submetido, em concordar em se submeter a determinado tratamento ou experimento (no caso de ser ele um sujeito de pesquisa)<sup>7</sup>. Em suma: os pacientes devem ter o direito de decidir sobre seu tratamento médico e devem ter o direito de receber todas as informações necessárias e relevantes para tomar essas decisões.

\* Autor para correspondência.

E-mail: miz@uol.com.br (I.D. Miziara).

O conceito de “consentimento”, segundo Vaughn, envolve alguns pressupostos para ser validado. “Tipicamente, um consentimento informado só existe se, necessariamente, o paciente é competente para decidir. A ele é fornecida a informação de forma adequada; ele a interpreta; ele decide de forma voluntária acerca do tratamento; e, finalmente, ele consente em ser submetido ao procedimento proposto<sup>7</sup>.”

A “competência para decidir”, de modo grosseiro, se refere à capacidade do indivíduo em proferir decisões sobre intervenções médicas. Indivíduos que são incompetentes nesse sentido não podem fornecer consentimento informado – sendo substituídos por um responsável legal. Na maioria das vezes, no entanto, presume-se que pessoas adultas sejam competentes, a menos que existam motivos que apontem fortemente para o contrário<sup>8</sup>.

Em geral, são considerados incompetentes os menores de idade, os pacientes portadores de retardo mental ou demência, psicoses e alcoolistas<sup>7</sup>. Mas qualquer paciente também pode ser julgado incompetente em situações menos claras, como quando estiver subjugado pelo medo ou pela dor, por exemplo. Além disso, às vezes, pacientes podem ser considerados incompetentes por perderem uma ou duas funções mentais – como, por exemplo, a habilidade de comunicar suas decisões (afasia), de entender as implicações de sua escolha (ou as informações recebidas), ou de fundamentá-las com razoabilidade<sup>7</sup>. Enfim, incompetência pode ser total ou parcial, como afirma Vaughn. O autor costuma citar o exemplo de uma mulher considerada incompetente para manejar sua vida financeira, mas que pode ser competente para fornecer seu consentimento a um procedimento médico<sup>7</sup>.

É importante notar que, obter consentimento do paciente, como afirmam Etchells et al.<sup>1</sup>, não é um evento superficial; na verdade, é um processo que resulta de uma boa relação médico-paciente. E, tão relevante quanto, embora consentimento possua um significado aparente de “aceitação” do que é proposto ao paciente, o termo também se aplica à recusa em receber o tratamento ofertado – e todas as informações relevantes para tal recusa devem ser oferecidas ao paciente pelo médico<sup>1</sup>. Como afirma Bernard Knight, “um dos direitos humanos básicos é liberdade contra interferência física e, assim, uma pessoa com suficiente maturidade e capacidade mental pode escolher se quer ou não receber os tratamentos médicos propostos. Com poucas exceções, consentimento para ser examinado ou tratado é um pré-requisito absoluto antes de o médico abordar o paciente”<sup>9</sup>.

É preciso lembrar que o consentimento pode ser explícito ou então estar implícito na relação médico-paciente. O consentimento explícito pode ser dado verbalmente ou por escrito. Ele estará implícito quando indicado pelo comportamento do paciente ao ser submetido a um procedimento. Etchells et al. citam, por exemplo, o caso do paciente que estende o braço quando lhe é solicitada uma amostra de sangue para análise laboratorial<sup>1</sup>. Knight lembra que, quando o paciente se apresenta ao hospital para ser submetido a uma cirurgia, ele, implicitamente, está concordando com o procedimento<sup>4</sup>.

No entanto, para Etchells et al., procedimentos que envolvem riscos maiores necessitam de um consentimento tanto explícito quanto implícito<sup>1</sup>, e lembram que formulários de consentimento informado não substituem, de modo algum,

o “processo de consentimento”. Por outro lado, Knight afirma que o consentimento por escrito deve ser obtido em casos de procedimentos diagnósticos maiores, anestesia geral e intervenções cirúrgicas. “É importante notar”, afirma ele, “que o consentimento deve ser obtido para cada procedimento específico, e a prática de se obter a permissão por meio de um formulário geral ‘em branco’ na admissão ao hospital, formulário este que cobre todo o tempo de internação, não possui validade legal alguma<sup>9</sup>.”

Não há regras fixas para se obter o consentimento em todos os procedimentos médicos, e tampouco formulários próprios para todos eles, mas nos casos em que o risco existe e não se tem um formulário adequado, o médico deve, como boa prática, anotar no prontuário do paciente que o “processo de consentimento” foi estabelecido.

---

## A importância do consentimento

Como afirma Knight, o consentimento é um direito humano básico<sup>9</sup>. Além disso, Etchells et al. frisam que “a noção de consentimento é fundada no princípio ético da autonomia do paciente. ‘Autonomia’ refere-se ao direito do paciente em tomar decisões livres sobre seu tratamento médico. Respeito pelas pessoas requer que os profissionais de saúde não levem adiante intervenções não desejadas e permitam que os pacientes tenham controle sobre suas próprias vidas”<sup>1</sup>.

A questão legal a este respeito é mais sujeita a controvérsias. Alguns países, como Canadá e Estados Unidos, possuem leis precisas sobre o assunto. Tratar pacientes sem o seu consentimento constitui abuso e imprudência, ou tratá-lo baseado em um consentimento informado inadequado constitui negligência<sup>1</sup>.

No Brasil, a Resolução 196 do Conselho Federal de Medicina é específica a respeito da obrigatoriedade de se obter o termo de consentimento livre e informado dos sujeitos de pesquisa. Para o paciente comum, no dia a dia, o Código de Ética Médica, na seção relativa aos direitos humanos, estabelece que “é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” e também “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”<sup>10</sup>. Entretanto, essa questão não fica muito clara em relação aos Códigos Penal e Civil, ainda que o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078 de 11/09/90) – se aceitarmos como dito acima que a relação médico-paciente seja de “locação de serviços” –, em seu artigo 6º – Inciso III, determine que são direitos básicos do consumidor “a informação adequada e clara sobre os diferentes serviços” que lhe serão prestados, assim como (no Inciso IV) “executar serviços sem autorização expressa do consumidor”.

---

## O papel do consentimento na relação médico-paciente

Existem estudos empíricos que reforçam a necessidade de se obter adequadamente o consentimento do paciente para

os procedimentos a que ele será submetido. Em revisão acerca do tema, publicada em 1995, Stewart demonstrou que uma boa comunicação entre o paciente e seu médico melhorava o estado emocional do doente, a resolução dos sintomas e a melhora das funções acometidas, assim como o controle da dor e a redução do estresse e dos sentimentos negativos<sup>11</sup>.

Apesar disso, não poucos médicos encontram dificuldades na maneira de abordar o paciente, para obter seu consentimento, inclusive quais informações devem ser transmitidas a eles. Vaughn<sup>7</sup> propõe que, apesar das dificuldades, em geral, alguns pontos são mandatórios entre aqueles que devem ser informados aos pacientes, a saber:

- 1) A natureza do procedimento (por exemplo, se se trata de um exame ou de procedimento terapêutico, se é invasivo e quanto tempo demora para ser realizado);
- 2) Os riscos do procedimento (que tipo de riscos estão envolvidos, sua gravidade, a probabilidade de que ocorra e quando eles podem ocorrer);
- 3) As alternativas ao procedimento proposto – incluindo a opção de não tratamento (incluir também informações acerca da natureza dessas opções e da relação risco/benefício); e, finalmente,
- 4) Os benefícios esperados com o tratamento proposto – incluindo a extensão desses benefícios e o modo como eles serão obtidos.

Por outro lado, o médico deve lembrar que o paciente, quando o procura, sente-se (no dizer de Engelhardt Jr.) “como um estrangeiro em terra estranha”<sup>12</sup>. Afirma o autor: “O paciente, quando procura o profissional de saúde, encontra-se em território com o qual não está familiarizado. Nesse contexto, ele é um estrangeiro, um indivíduo em um território que não lhe é familiar, que não sabe o que esperar ou como controlar o ambiente. Portanto, o modo de pensar usual do paciente deve ser colocado de forma adequada, ou alterado a fim de acomodar as teorias e explicações do médico e a rotina do ambiente médico-hospitalar. (...) Como um estrangeiro em uma terra estranha, o paciente corre o risco de se tornar um indivíduo marginal”<sup>12</sup>.

Entretanto, parece haver certo consenso de que os médicos não são obrigados a obter consentimento prévio de seus pacientes em todas as situações: “O dever do médico de obter consentimento informado tem exceções”, afirma Vaughn<sup>7</sup>.

“O consentimento é frequentemente dispensado em situações de emergência, quando parar para obter sua aquiescência pode causar dano severo ao paciente.” Perante a lei, “uma emergência existe quando requer tratamento imediato com a finalidade de salvar a vida da pessoa ou preservar sua saúde”<sup>1</sup>. No entanto, a “exceção pela emergência” tem seus limites. Os médicos não devem administrar tratamento de emergência sem consentimento se tiverem razões para acreditar que o paciente iria recusá-los se tivesse em condições de escolha<sup>1</sup>.

Uma eventual incapacidade do paciente não exige o médico de obter o consentimento para seus atos. Etchells et al. afirmam que “se o paciente é mentalmente incapaz de tomar decisões médicas, o clínico ou cirurgião deve obter o consentimento de um substituto ou de seu responsável legal”<sup>1</sup>. Este

ponto de vista difere do proferido por Vaughn, que sugere ser “o consentimento informado desnecessário quando o paciente é incapaz”<sup>7</sup>. Acreditamos que a postura de Etchells et al. seja muito mais adequada para a realidade brasileira.

Por outro lado, também não é necessário obter consentimento quando o paciente renuncia ao direito de expressar sua vontade, abrindo mão de informações relevantes para o caso. “É um exercício de escolha autônoma – a escolha de não escolher ou decidir. A autoridade para decidir qual a escolha correta é passada para o médico ou para os responsáveis legais pelo paciente”<sup>7</sup>.

Outra exceção que exhibe controvérsias é o chamado “privilégio terapêutico” – ou seja: o não fornecimento de informações relevantes para o paciente quando o médico acredita que esta poderá lhe causar algum dano. “A ideia por trás dessa conduta é a de que alguns pacientes são tão distraídos, deprimidos ou fracos que a informação poderá lhes piorar a doença”<sup>7</sup>. Essa exceção à regra, em nosso ponto de vista, exige cuidados restritos. Apesar de reconhecermos que a intuição do médico (e a sua autonomia para decidir se deve ou não revelar determinado fato ao doente) deva ser considerada, abusar do “privilégio terapêutico” meramente para evitar a obrigação de dar notícias ruins ao paciente, ou prevenir uma possível rejeição ao tratamento proposto, não nos parece uma atitude moralmente aceitável na prática médica.

Parece óbvio, também, que um consentimento informado não possa ser considerado como tal, a menos que o paciente entenda de maneira clara as informações que lhe foram fornecidas. A questão do entendimento por parte do paciente é crucial para um consentimento válido, sendo importante tanto para o médico no seu dia a dia, quanto para os pesquisadores. Costa Miranda et al., referindo-se a sujeitos de pesquisa (o que provavelmente pode ser transportado para o paciente comum), e também aos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) empregados, concluíram que “o grau de dificuldade dos TCLE é incompatível com a escolaridade de nossa população”<sup>13</sup>.

Menos óbvio é o *quantum* deste “entendimento” é necessário. Para Vaughn, “no mínimo, consentimento informado requer que o paciente receba as informações relevantes e as avalie de forma que possa ter esclarecidas as consequências de sua escolha. O paciente não precisa analisar completamente a informação recebida, mas deve compreender o que é mais relevante para sua tomada de decisão. E sua recusa ao tratamento proposto não deve ser considerada uma evidência de que não compreendeu a questão”<sup>7</sup>.

Os impedimentos para uma compreensão fácil por parte do paciente são de inúmeros matizes. Isso pode ocorrer por falta de capacidade intelectual do paciente para compreender o que lhe é explicado, como pode ser devido a uma deficiência do próprio médico, que se expressa de forma ininteligível ou por meio de jargões incompreensíveis ao leigo. Ou, ainda, pode haver um “balanceamento irregular” da informação a ser transmitida (por exemplo, exagerando os riscos e minimizando os benefícios de determinado procedimento, ou vice-versa). Além disso, a habilidade do paciente em processar as informações recebidas pode ser corroída pelo medo, pelos mecanismos psicológicos de negação, por ilusões ou falsas crenças. Neste ponto, Kuczewski e Pinkus recomendam: permitir que a família acompanhe o paciente no tratamento

pode ser útil para determinar a decisão correta e também para manter o paciente calmo e menos temeroso durante o processo terapêutico<sup>8</sup>.

Estes aspectos, é preciso atentar, não invalidam, de modo algum, a obtenção do consentimento informado, nem permitem ao médico simplesmente “passar as informações ao paciente” – apenas tornam o processo mais lento, requerendo mais cuidado para que seja completado com sucesso.

Finalmente, a decisão em consentir ou não deve ser voluntária. O consentimento de um paciente informado, competente, que compreendeu as informações recebidas, “não pode ser legitimado, a menos que tenha sido dado de forma voluntária”,<sup>7</sup> isto é: livremente, sem pressões externas. Coerção e manipulação são as formas mais corriqueiras dessas pressões externas<sup>7</sup>, afirma Vaughn. Alguns filósofos, continua ele, definem coerção como o uso intencional de uma ameaça severa de produzir dano ou forçar o controle sobre outra pessoa. São formas de coerção: ameaça de abandono, a menos que o paciente se submeta ao tratamento proposto; a ameaça de “dar alta” ao paciente caso ele não concorde com o proposto etc. Já a manipulação refere-se a diferentes maneiras não coercitivas de se controlar as ações de uma outra pessoa, como por exemplo, fornecendo-lhe informações falsas ou exageradas, ou mesmo omitindo fatos relevantes referentes ao tratamento/procedimento proposto. O uso do “privilegio terapêutico” para controlar a decisão do paciente é, obviamente, uma forma de manipulação e, como diz Vaughn, deletério para o consentimento informado<sup>7</sup>.

### Considerações finais

A vida cotidiana, de médicos e pacientes, é repleta de influências sociais sobre os atos de cada pessoa, suas crenças e seu modo de pensar. Entretanto, essas influências não podem se sobrepor à autonomia de cada indivíduo. Médicos podem influenciar seus pacientes por meio de argumentos racionais, apelos emocionais ou mesmo autoridade científica. Em qualquer destas situações, a linha que separa o consentimento voluntário do involuntário é muito tênue. De forma ideal, consentir é muito mais que assentir. Quando um

paciente autoriza seu médico a realizar procedimentos terapêuticos/diagnósticos, “ele não está dizendo apenas sim”<sup>7</sup>, mas, de maneira autônoma e com entendimento dos fatos, está se tornando, também, responsável pela decisão assumida. É muito diferente do simples ato de assinar um papel que mal leu. E, ao se tornar partícipe do processo decisório, aumenta e muito suas chances de sucesso.

### REFERÊNCIAS

1. Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics For clinicians: 1. Consent. *Can Med Assoc J*. 1996;155(2):177-80.
2. Beauchamp TL, Faden RR. Informed consent: II. Meaning and elements of informed consent. In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995, p.1240. v.3.
3. Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. *Arch Intern Med*. 1988;148(6):1385-9.
4. Sebastião J. Responsabilidade médica, civil, criminal e ética. *Belo Horizonte: Del Rey*; 1988. p. 30-1.
5. França GV. *Direito médico*. 3. ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencx; 1982. p. 147.
6. Bueres AJ. *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires: Ábaco; 1979. p. 35-56.
7. Vaughn L. *Bioethics: principles, issues, and cases*. New York: Oxford University Press; 2010. p. 144-9.
8. Kuczewski MG, Pinkus RLB. *An Ethics casebook for hospitals*. Washington (DC): Georgetown University Press; 1999. p. 5.
9. Knight B. *Legal aspects of medical practice*. Londres: Churchill Livingstone; 1992. p. 39.
10. *Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2009. p. 16.
11. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423-33.
12. Engelhardt Jr HT. *The Foundations of bioethics*. 2. ed. New York: Oxford University Press; 1996. p. 295.
13. Costa Miranda V, Fêde ABS, Lera AT, Ueda A, Antonangelo DV, Brunetti K, et al. Como consentir sem entender? *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):328-34.