

Comunicação médico-doente e consentimento informado em Portugal

Américo Varela¹, Ezequiel Pinto², Manuel Carrageta³

1. Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF Monte de Caparica, ACES Almada-Seixal. americovarela59@gmail.com

2. Centro de Estudos e Desenvolvimento em Saúde, Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve.

3. Professor. Faculdade Medicina, Universidade de Lisboa.

RESUMO: Introdução – O consentimento informado (CI) para a realização de procedimentos médicos é influenciado pela comunicação entre o médico e o doente, ainda que se desconheça o impacto de alguns dos determinantes da comunicação entre estes dois intervenientes. **Objetivo** – Identificar e analisar os determinantes da comunicação entre o médico e o doente que influenciam o dever ético de informar para obter um CI. **Métodos** – Pesquisaram-se artigos de investigação originais, escritos em Portugal entre janeiro de 2005 e março de 2015, nas bases de dados eletrónicas Google Académico, PubMed, B-ON e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, utilizando as palavras-chave ‘*consentimento informado*’, ‘*médico*’ e ‘*doente*’ ou ‘*informed consent*’, ‘*doctor*’ e ‘*patient*’. **Resultados** – Identificaram-se cinco artigos que obedeciam aos critérios de inclusão e verificou-se a existência de determinantes da comunicação na relação médico-doente que influenciam o CI livre e esclarecido. **Conclusão** – O conhecimento da importância dos determinantes da comunicação que influenciem o CI pode ajudar na interação médico-doente e no desenvolvimento de medidas para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Palavras-chave: Consentimento informado; Comunicação; Relação médico-doente

Communication doctor-patient and informed consent in Portugal

ABSTRACT: Introduction – The informed consent (IC) for performing medical procedures is influenced by communication between the doctor and the patient, although the impact of some of the communication determinants between these actors is unknown. **Purpose** – To identify and analyse those determinants influencing the ethical duty to inform in order to obtain an informed consent. **Methods** – The search for original research papers written in Portugal, between January 2005 and March 2015, involved Scholar Google, PubMed, B-ON and the Portuguese Scientific Open Access Repository electronic databases, by using the keywords ‘*consentimento informado*’, ‘*médico*’ and ‘*doente*’ or ‘*informed consent*’, ‘*doctor*’ and ‘*patient*’. **Results** – Five papers meeting the inclusion criteria were identified and communication determinants in the doctor-patient relationship were found to influence the free and clear IC. **Conclusion** – The knowledge of the importance of these communicational determinants influencing the IC can help the doctor-patient interaction and the development of measures to improve the healthcare performance.

Keywords: Informed consent; Communication; Doctor-patient relationship

Introdução

Pretende-se ao longo deste artigo abordar, num período definido, os resultados de uma revisão da literatura sobre o consentimento informado (CI), no âmbito da re-

lação e da comunicação médico-doente, em Portugal, e não no contexto da tomada de decisão livre, por parte do doente, em participar ou não num projeto de investigação¹.

Neste trabalho, o CI centra-se no processo contínuo de fornecimento e partilha de informação sobre o diagnóstico, a descrição da condição clínica, o tratamento proposto pelo médico ao doente (incluindo os benefícios e os riscos), os tratamentos alternativos e o direito da recusa²⁻³. O processo que envolve o consentimento de um doente para um procedimento médico é, sem dúvida, uma das competências mais importantes que qualquer médico deve aprender, pois a própria ideia de que os profissionais de saúde podem impor processos de diagnóstico ou de tratamento de qualquer tipo, sem o consentimento do doente, opõe-se totalmente a uma prática moderna da medicina⁴. O processo de CI é influenciado pela relação entre os dois intervenientes. A relação paternalista tradicional, em que as decisões são tomadas pelo médico, já não é adequada, sendo fundamental a utilização de um modelo que permita um maior envolvimento do doente no processo de tomada de decisão. Esta abordagem permite um impacto mais evidente das expectativas, preocupações, experiências pessoais e culturais do doente, as quais, combinadas com o conhecimento técnico e científico do médico, são a base de um processo de tomada de decisão partilhada, em que o doente está ativamente envolvido⁵. Esta mudança de uma atitude paternalista para uma ação de *decisão médica partilhada* marca a atualidade no foro da ética médica, pois prevê a transmissão de informação como um pressuposto, e não como um privilégio, e implica que o médico perceba as necessidades, contexto e prioridades do doente, particularizando, a partir daí, cada abordagem⁶.

O envolvimento dos doentes nas tomadas de decisão não se aplica da mesma forma a todos, especialmente aos mais idosos, doentes terminais ou em grande sofrimento físico e/ou psicológico. Estes doentes devem também ser questionados se estão dispostos ou se se sentem capazes de serem envolvidos e, em caso afirmativo, como poderiam ser incentivados e/ou apoiados⁷, pelo que é igualmente importante que o médico examine e avalie a capacidade real do doente para processar e compreender tanto a situação clínica como o procedimento proposto⁸.

A transmissão de uma informação clara e o processo de diálogo inerente ao CI pressupõem a abertura do médico para responder a quaisquer questões colocadas pelo doente⁹. Um bom CI não é sinónimo de *decisão médica partilhada*, mas um elemento estruturante desta¹⁰. A capacidade de decisão autónoma do doente baseia-se em diversas aptidões, como o desenvolvimento psicológico, o envolvimento com o assunto, a compreensão das alternativas e a possibilidade de comunicação de uma preferência¹¹. No âmbito da saúde, o CI emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade de a pessoa assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos; implica a sua integração no processo de decisão quanto aos atos/intervenções de saúde que lhe são propostos, numa partilha de conhecimentos e aptidões que a tornem competente para essa decisão de aceitação ou recusa dos mesmos. Mais

do que uma formalidade tendente à obtenção de uma assinatura, na forma escrita, deve ser um momento de comunicação efetiva, numa lógica de aumento da capacitação da pessoa, através do fornecimento de ferramentas necessárias à tomada de decisão sobre uma intervenção médica, partindo dos princípios basilares da beneficência, em que a proposta do ato surge a bem do doente e da não-maleficência, o que implica a ponderação dos riscos e dos benefícios¹².

No século XXI, a medicina parece estar dominada por três paradigmas – baseados na evidência, na experiência e na preferência. Na medicina baseada na experiência, o perito possui reconhecidas habilidades e conhecimentos científicos específicos sobre determinado campo do saber. Estas prerrogativas atribuíram-lhe autoridade para tomar decisões numa prática nomeada de medicina baseada em experiência. Nesta perspetiva, o perito une de forma harmoniosa a prática e a teoria. A prática conhecida como medicina baseada em preferências ou decisão partilhada exige competências interpessoais e de comunicação e ocorre quando o médico explica as probabilidades diagnósticas e terapêuticas ao doente e a decisão passa a ser tomada em conjunto¹³. Na perspetiva de Rosenberg e Donald, a medicina baseada em evidências (como o nome sugere) tem como base a melhor evidência médica analisada e utilizada racionalmente para a tomada de decisão do doente¹⁴.

O processo de CI facilita a participação do doente nessa tomada de decisão sobre cuidados, tratamentos e serviços, mas também exige o desenvolvimento de aptidões comunicacionais por parte dele¹⁵.

Por outro lado, o doente poderá ser apoiado através da apresentação de informações escritas, diagramas e gráficos, informação complementar fornecida por outros profissionais da equipa, nomeadamente enfermagem. Deverá ser efetuada a sua discussão para que se verifique a sua compreensão. Aprofundar a investigação sobre a comunicação do risco do procedimento em amostras de grandes dimensões de doentes poderá resultar em conclusões que ajudem os médicos na obtenção de um consentimento plenamente informado dos seus doentes¹⁶.

O facto de o processo assentar numa boa comunicação faz do CI um procedimento que pode ser modificado e evoluir ao longo do tratamento. As limitações colocadas têm origem nas interferências internas aos comunicadores, que se dividem em três classes: as interferências cognitivas, as interferências emocionais e as interferências socioculturais¹⁷. Esses obstáculos, por outro lado, resultam de «ruídos» externos que podem igualmente influenciar a comunicação. Estas barreiras podem resultar da falta de tempo para discutir a doença com o utente (face à pressão da produtividade nas estruturas de saúde), da relação de autoridade estabelecida pelo médico ao doente, face a contextos sociais que sobreevalorizam o papel dos médicos na sociedade e que podem ser transferidos para a relação clínica, do insuficiente desenvolvimento da capacidade de comunicação ao longo do processo de formação dos médicos, da existência de bar-

reiras linguísticas entre médicos e doentes e da existência de situações de *stress* que dificultam a comunicação e que podem estar presentes em ambos os lados³.

Com o presente trabalho pretendeu-se levar a cabo uma revisão dos artigos de investigação, realizados em Portugal, cujo foco tem a seguinte pergunta de partida – Qual o papel e a importância da relação e da comunicação entre o médico e o doente, bem como dos seus determinantes, no dever ético de informar para a obtenção de CI?

Métodos

Para esta revisão da literatura realizou-se uma pesquisa avançada nas bases de dados eletrónicas Google Académico, PubMed, B-ON e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com as palavras-chave ‘*consentimento informado*’, ‘*médico*’, ‘*doente*’ ou ‘*informed consent*’, ‘*doctor*’, ‘*patient*’. Considerou-se como intervalo temporal para a pesquisa o período entre janeiro de 2005 e março de 2015. Este intervalo é justificado pelo facto de, antes de 2005, existir apenas um estudo numa dissertação de mestrado realizada em Portugal, encontrada nas bases

de dados pesquisadas, que cumpre os critérios de seleção da presente revisão da literatura. Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos com base na pergunta acima referida, norteadora desta revisão. Consideraram-se *a priori*, como critérios de inclusão neste estudo, todos os artigos publicados em revistas científicas, em língua portuguesa e inglesa e com revisão pelos pares, dissertações de mestrado e teses de doutoramento, em língua portuguesa, que representassem estudos quantitativos e originais sobre o CI, com população-alvo composta por médicos, doentes adultos ou seus representantes legais. Foram excluídos os estudos relacionados com CI em enfermagem, com profissões técnicas na área da saúde, com utilização de cadáveres para investigação, com administração de componentes sanguíneos, com eutanásia, aborto e técnicas de reprodução assistida e artigos com um foco exclusivamente teórico.

Os artigos identificados por esta estratégia de pesquisa (resumida na Figura 1) foram avaliados quanto à sua qualidade, por dois autores médicos, pertencentes a especialidades e grupos etários diferentes, que obedeceram rigorosamente aos critérios de seleção definidos.

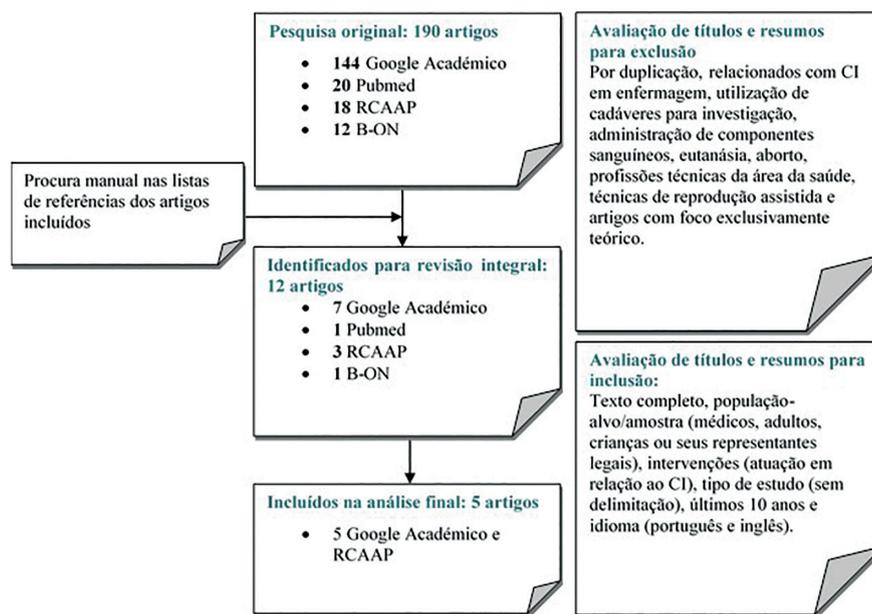


Figura 1. Diagrama de fluxo dos artigos incluídos e excluídos na revisão sistemática.

Foi também considerada como indicadora de boa qualidade metodológica (como se pode observar na Tabela 1) a existência de uma amostra com dimensão estimada de acordo com pressupostos estatísticos, por forma a alcançar diferenças significativas entre grupos. A Tabela 1 inclui também o tipo de estudo, a intervenção, as variáveis, os resultados estatisticamente significativos e as limitações metodológicas dos estudos selecionados. Os estudos selecionados apresen-

taram heterogeneidade e inconsistência nos resultados, o que impediu a sua inclusão sob uma única medida e inviabilizando a realização de meta-análise.

Resultados

Através das palavras-chave ‘*consentimento informado*’, ‘*doente*’ e ‘*médico*’ foram encontradas sete publicações científicas no Google Académico, três (repetidas) no RCAAP

e uma nas bases PubMed e B-ON. Dos estudos selecionados nas bases Google Académico e RCAAAP foram utilizados cinco e das bases PubMed e B-ON não se utilizou nenhum por não obedecerem aos critérios de inclusão. Após a eliminação das duplicações, dos artigos não apresentados na íntegra, ou cuja temática não contemplava o objetivo deste trabalho, restaram apenas cinco estudos realizados em Portugal, publicados entre 2005 e 2015, relacionados com a comunicação entre médico e doente e com a sua associação ao CI e cujas características metodológicas estão incluídas na Tabela 1. Conforme referido, não foi possível fazer a meta-análise dos resultados, pelo que, e de acordo com a estratégia previamente delineada, se apresentam, de seguida, os dados estatisticamente significativos relativamente aos estudos selecionados.

Almeida, no estudo *Atitude médica e autonomia do doente vulnerável*, de 2010, sugere, ao comparar três grupos etários de médicos, com recurso ao teste do qui-quadrado, a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as idades na resposta aos seguintes itens:

- “Como recebe o doente, depois de este ter ouvido a opinião de outro profissional?” ($p = 0,029$) – Os médicos pertencentes ao grupo com média de idades de 30,7 anos afirmaram que a boa receptividade dependeria de serem ou não informados. Os do grupo com média de idades de 49,1 anos, pelo contrário, receberiam bem essa decisão do doente e os do grupo com média de idades de 60,7 anos aceitariam mal o recurso à segunda opinião, afirmando que, mesmo aceitando o doente, consideravam ter havido quebra de confiança;
- “Esclarecimento do doente” ($p = 0,030$) – Para o grupo com média de idades de 30,7 anos, este procedimento faz parte de um método de trabalho como qualquer outro; para o grupo com média de idades de 49,1 anos é essencialmente uma questão de respeito pelo doente; para o grupo com média de idades de 60,7 anos, esse procedimento é encarado como uma questão de educação¹⁸.

Costa, no estudo *Avaliação do uso do consentimento informado num hospital universitário*, de 2012, inquiriu 81 doentes, dos quais 49% tinham mais de 65 anos e 54% eram do sexo feminino. Apenas a associação entre o grupo etário mais novo (16-34 anos) e a existência de explicação médica do procedimento se revelou estatisticamente significativa, com respostas afirmativas em 88% dos casos ($p = 0,02$). Neste trabalho foram também inquiridos 108 médicos, cuja opinião foi estudada através de regressão logística multivariada, com o intuito de analisar os fatores ‘tempo despendido pelo médico na aplicação do CI, facilitação

de questões do doente, tempo concedido ao doente para decidir e explicação ao doente das vertentes relevantes do procedimento’. De acordo com o resultado desta análise, só este último fator é que melhor explica o contributo do CI na decisão informada. A maioria dos médicos (56%) considerou o CI como sendo importante para a sua proteção legal e apenas 34% assinalaram, como «boa» ou «muito boa», a sua importância para o reforço da relação médico doente⁶.

No estudo *Avaliação do uso do consentimento informado em pediatria*, de 2012, Maia refere que foram explicadas a 72,4% dos 105 pais as vantagens do tratamento a que a criança ia ser submetida e que 81% assinaram o documento de CI. Contudo, apenas 16,2% dos pais ($n = 17$) afirmaram ter recebido um folheto informativo relacionado com o procedimento/tratamento em causa. Tendo participado, neste estudo, 52 médicos com funções na área pediátrica do Centro Hospitalar do Porto, com idade média de $34,19 \pm 10,43$ anos, verificou-se a existência de associações estatisticamente significativas entre o grau de formação sobre o processo de CI e a idade ($p = 0,002$), registando os médicos mais velhos uma menor formação¹⁹.

No estudo *Qualidade do consentimento informado no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto*, de 2011, Góis mostra que cerca de 86,1% ($n = 118$) dos doentes inquiridos admitem ter recebido explicações sobre a cirurgia antes da sua realização, que cerca de 35,2% ($n = 43$) dizem ter recebido informação sobre os riscos do procedimento e que 64,8% ($n = 79$) afirmam não ter recebido. Dos pacientes que se considerou terem participado adequadamente (53,3%) na decisão de realizar a cirurgia, 97,3% receberam explicação quanto aos aspetos relacionados com a cirurgia antes de assinar o CI. Dos pacientes «muito satisfeitos/satisfeitos», 57,7% receberam informação acerca dos riscos da cirurgia e, dos pacientes que não receberam esta informação, apenas 15,5% se consideraram como «muito satisfeitos/satisfeitos»²⁰.

Dias, no estudo *Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimentos de planeamento familiar*, de 2014, teve como objetivo aumentar a taxa de obtenção de CI em planeamento familiar. A taxa de obtenção de CI, na fase pré-intervenção, foi de apenas 62,5% e a taxa registada nos períodos pós-intervenção imediato e tardio foi de 100% (nos dois períodos). A comparação entre as taxas dos períodos pós-intervenção e pré-intervenção registou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$)²¹.

A Tabela 1 apresenta as principais características e resultados dos estudos utilizados nesta revisão.

Tabela 1. Descrição sumária dos resultados dos artigos selecionados.

Titulo do Artigo	Tipo de Estudo	Amostra	Instrumento	Intervenção	Variáveis	Resultados (estatisticamente significativos*,†,‡)	Limitações
"Atitude médica e autonomia do doente vulnerável" (2010)	Quantitativo Sem grupo de controlo	42 médicos selecionados aleatoriamente (dos 80 existentes no serviço)	Questionário validado por 2 especialistas em bioética	Atuação em relação ao CI no Serviço de Oftalmologia	Idade; Género; Como recebe o doente depois de ele ter ouvido a opinião de outro profissional; Atitude no esclarecimento do doente; Como reage face à recusa à terapêutica; Teve aulas de deontologia médica.	O esclarecimento e a atitude variam com a faixa etária dos médicos, com a sua formação e com influências diferencia-das.*	Amostra de médicos de pequena dimensão.
"Qualidade do Consentimento Informado do Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António" (2011)	Quantitativo Sem grupo de controlo	137 doentes	Questionário não validado	Atuação em relação ao CI no internamento para cirurgia	Satisfação do doente com o processo de decisão, sexo idade, escolaridade, nº de dias pós-operatório, forneci-mento de informação, fontes de informação, tempo decorrido entre a explicação dos factos inerentes à cirurgia e a realização da mesma, tempo de reflexão decorrido entre a explicação e a assinatura do CI, quantidade de informação fornecida, quantidade de informação desejada caso o paciente tivesse de ser intervenido novamente, Grau de à-vontade para questionar o cirurgião sobre aspectos relacionados com a cirurgia, informação respeitante aos riscos, receção de informação acerca de outras opções de tratamento, vontade de saber os resultados e a taxa de complicações associados ao cururgião em causa antes de concordar com a realização da cirurgia, participação dos pacientes na decisão de realizar a cirurgia.	A prestação do CI não foi diretamente observada; A informação baseia-se apenas na percepção subjetiva e na evocação por parte dos doentes. O grau de satisfação referido por estes pode ter sido enviesado, uma vez que eles estavam satisfeitos com os bons resultados da cirurgia.	A análise demonstrou que a satisfação dos pacientes, em relação ao processo de CI, está associada à receção de informação sobre os riscos da cirurgia, à participação adequada na decisão de realizar a cirurgia, ao facto de a maior quantidade de informação ser dada pelo cirurgião e à decisão partilhada entre médico e paciente. †
"Avaliação do uso do consentimento informado num hospital universitário" (2012)	Quantitativo Sem grupo de controlo	81 doentes 108 médicos	Dois Questionários não validados	Atuação em relação ao CI no internamento hospitalar	Doentes – Grupo etário, sexo, área de residência, situação profissional, escolaridade/literacia. Médicos – Grupo etário, sexo, faculdade, categoria profissional, Tempo despendido pelo médico na aplicação do CI, Facilitação de questões do doente, Tempo concedido ao doente para decidir, Explicação ao doente sobre os aspectos relevantes do procedimento.	Para os médicos, o fator que mais influencia o contributo do CI, na decisão informada, é a explicação dos aspetos relevantes do procedimento. Para os doentes mais novos, na maioria dos casos, existiu explicação médica do procedimento. ‡	Reduzida dimensão da amostra de doentes e ausência de aleatoriedade na seleção da amostra.

Notas: * $p < 0,05$; † $p < 0,05$; ‡ $p = 0,02$.

Título do Artigo	Tipo de Estudo	Amostra	Instrumento	Intervenção	Variáveis	Resultados (estatisticamente significativos*, †, ‡)	Limitações
"Avaliação do uso do consentimento informado em Pediatria" (2012)	Quantitativo Sem grupo de controlo	105 pais 52 médicos	Dois questionários não validados	Atuação em relação ao CI no internamento em Pediatria	Pais – Relação com a criança, sexo, área de residência, habilitações literárias, informação acerca de tratamentos alternativos, receção de folheto informativo, informação sobre o direito de recusa, tipo de informação transmitida. Médicos – Sexo, escola de formação, categoria profissional, informação complementar nos serviços, informação aos pais sobre alternativas terapêuticas, sobre direito de recusa e sobre a importância do CI para a decisão do doente, proteção legal, reforço da relação, explicação de todos os aspetos.	Os médicos mais novos receberam mais informação sobre CI*. O número de pais que diz ter recebido informações sobre o direito de recusa é muito menor do que o número de médicos que diz ter como hábito, na sua prática, informar os pais sobre esse aspeto, tendo-se constatado o mesmo em relação à informação sobre as alternativas terapêuticas.	Amostra de médicos de pequena dimensão e ausência de aleatoriedade na seleção da amostra.
"Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimentos de planeamento familiar" (2014)	Pré-experimental, tipo pré- e pós-intervenção sem grupo de controlo	15 dos 24 profissionais da USF 20 utentes (40 procedimentos pré-intervenção, 20 pós-imediata e 25 pós-tardia)	Monitorização das estratégias; Caixa colorida, dossier, cópias do CI, recordatório.	Aumentar a obtenção de CI em procedimentos de Planeamento Familiar	Procedimentos de PF realizados com obtenção de CI.	Melhoria na observação do CI, no que diz respeito aos procedimentos de Planeamento Familiar.*	Amostra de pequena dimensão. Registo efetuado numa matriz de dados sem consulta dos processos clínicos.

Notas: * $p=0,006$; † $p<0,001$.

Discussão

Como referido, os autores do presente trabalho optaram por um processo de extração de dados estatisticamente significativos e, embora se possa salientar a importância das conclusões sobre esses resultados, este método criou um viés assumido na análise, por incidir apenas sobre esses dados.

Mesmo assim, não deixou de ser interessante constatar e analisar, no estudo de Almeida, de 2010, o perfil de respostas de diferentes grupos etários de médicos com formação e influências diversas em relação ao esclarecimento do doente, em função do processo de CI. Esse perfil de respostas foi corroborado no estudo de Maia, de 2012, que regista nos médicos mais velhos uma menor formação sobre o processo de CI. Os dados destes dois estudos traduzem uma evolução da ética médica, em que a medicina moderna, para ser humanizada, deve ser pautada não só pela ética, mas também pela capacidade de comunicação²².

O direito de os indivíduos tomarem decisões sobre a sua própria saúde vem consagrado no Código Penal Português, onde se afirma que "(...) o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, (...)" (artigo 157^o)²³; também a Direção-Geral da Saúde tem uma norma, emitida em 3 de outubro de 2013 e atualizada em 14 de outubro do ano seguinte, sobre CI esclarecido e livre dado por escrito, que refere que "para além da comunicação verbal e, sempre que possível, a informação e o esclarecimento deve ser acompanhado de folheto explicativo da responsabilidade da unidade de saúde e/ou dos profissionais de saúde"¹²; em termos éticos, a Carta Europeia dos Direitos do Doente consigna o direito deste ao CI e a ser informado sobre o estado da sua saúde e a inoportunidade de lhe ser ocultada informação²⁴. Contudo, a nossa pesquisa deixou ver que a informação relevante sobre os riscos e as alternativas de tratamento nem sempre é abordada pelos médicos, que ainda há uma tendência para poucos doentes receberem os folhetos informativos, existentes nos serviços, sobre alguns dos procedimentos e que muitos deles têm dificuldade em compreender as vantagens e desvantagens dos tratamentos propostos.

Também permitiu verificar que a satisfação dos doentes em relação ao processo de CI está diretamente ligada à disponibilização de informação sobre os riscos e as alternativas de tratamento, ao facto de a maior quantidade de informação ser dada pelo médico, ao maior grau de à-vontade para questionar sobre os tratamentos e procedimentos cirúrgicos e à preferência por um modelo de decisão partilhada entre médico e doente. Apesar disso, e de quase metade dos doentes preferir uma decisão partilhada, também se verificou, simultaneamente, uma proporção cada vez maior de utentes que preferem ter mais autonomia e um número ainda significativo que preferem a abordagem paternalista.

Todas estas abordagens, segundo alguns autores, são per-

feitamente aceitáveis, desde que o CI seja específico para cada um dos doentes a fim de permitir que estes possam alternar entre uma e outra abordagem, de acordo com as circunstâncias clínicas. Neste caso, o consentimento clínico deve ser orientado quer em função do doente quer das circunstâncias. Segundo o Código de Conduta Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), publicado em fevereiro de 2015, as informações e os esclarecimentos devem ser prestados “de modo a assegurar que o cidadão está consciente dos seus direitos e deveres, tendo sempre presente as suas circunstâncias individuais, como designadamente, a capacidade para compreender a informação que lhe é prestada e os esclarecimentos para consentir ou aceitar qualquer proposta de intervenção de saúde, quando aplicável”²⁵, pelo que o documento do CI não substitui a informação oral; esta é, e deve ser, dada em função de cada doente e do seu respetivo problema, mesmo nos casos em que se apresente um protocolo específico de informação.

Outra conclusão retirada foi o facto de o número de pais, com filhos internados, que diz ter recebido informações acerca do direito de recusa, ser muito menor do que o número de médicos que diz ter como hábito, na sua prática, de informar os pais, sendo o mesmo constatado em relação à informação sobre as alternativas terapêuticas. Ora, o artigo 38º do Código Penal Português (1998) refere que “O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta” e o artigo 6º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina afirma que, se o indivíduo não tiver capacidade para prestar o seu consentimento, a intervenção “não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei”²⁶. O fornecimento de informação sobre as várias opções terapêuticas e/ou de atuação médica promove a discussão entre as três partes envolvidas, fomenta o conceito de *decisão médica partilhada* e respeita a autonomia do doente e o dever de beneficência do profissional médico. A opinião do menor deverá ser tida em conta, em função da sua idade e do seu grau de maturidade, como estipulado pelo artigo 1.878º do Código Civil (2001): os pais, “de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida”. Curiosamente detetou-se uma forte associação entre as habilitações literárias dos pais, a informação prestada sobre o motivo do internamento do filho e o nome do procedimento a que o menor foi sujeito.

Há uma relação estabelecida entre o conhecimento do nome do procedimento/tratamento e o tempo de internamento que permite deduzir que os pais têm cada vez mais conhecimentos sobre a situação em questão, quer pelo maior contacto com o médico, quer pelas informações complementares prestadas pela equipa de enfermagem. Porém,

a maioria dos médicos chama a atenção para o facto de tanto a informação prestada como a probabilidade de a decisão ser esclarecida saírem prejudicadas, devido muitas vezes à pressão e ao excesso de trabalho, deixando-lhes pouco tempo para cada doente e transformando-se num dos obstáculos à generalização das boas práticas relativamente ao CI. O aumento desproporcionado do número de doentes/médico e das tarefas burocráticas atribuídas prejudica grandemente a qualidade desta informação e dificulta a discussão atempada da boa prática. Estas dificuldades podem ser ultrapassadas através da implementação de medidas selecionadas e adaptadas a cada caso, do reforço de cuidados de saúde que respeitem a autonomia dos doentes, do conseqüente reforço da relação médico-doente e do investimento no processo comunicacional contínuo e participado. Será recomendável que o médico tenha um conhecimento razoável do paciente para que possa encontrar a melhor maneira de o informar sobre o que lhe pertence saber, para que a comunicação seja bem-sucedida e a informação bem compreendida²⁷.

Conclusões

Esta revisão da literatura permitiu identificar e analisar determinantes relacionados com a comunicação entre o médico e o doente que influenciam o CI, nomeadamente a existência ou não de informação escrita que complementa a informação oral, a idade e formação do médico, a idade do doente, e que podem limitar a reprodução e compreensão da informação. Salienta-se ainda a importância de outros determinantes que influenciam igualmente o CI, como o tempo investido pelo médico, o tempo de internamento do doente, as habilitações literárias dos pais das crianças internadas, o interesse da informação para o doente (e.g., os riscos e alternativas terapêuticas), a quantidade de informação prestada pelo médico, o grau de à-vontade que o doente tem para questionar o médico ou as preferências do doente pela decisão partilhada ou pelo modelo paternalista.

O conhecimento da importância destes fatores comunicacionais pode ajudar na interação médico-doente e no desenvolvimento de medidas para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Uma boa comunicação interativa médico-doente reforça e satisfaz os princípios éticos, designadamente a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. A informação prestada pelo médico, durante o processo do CI, deve ser precisa e contextualizada, tendo por base a disposição do médico de respeitar as necessidades particulares de cada um dos seus doentes e em seguir as normas que respeitam a medicina baseada na evidência.

Uma das principais barreiras a um bom processo de CI é a insuficiente competência comunicacional orientada para a partilha de decisão, pelo que se deve incrementar a educação e formação de médicos sobre esta temática (sobretudo dos que apresentam essa necessidade formativa) e dos doentes (ou seus representantes legais) para que melhorem as suas competências comunicacionais.

O conhecimento da importância dos determinantes da comunicação que influenciem o CI pode ajudar na interação médico-doente e no desenvolvimento de medidas para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Referências bibliográficas

1. Sprumont D, Adebamowo C, Ateudjieu J, Baume C, Becker C, Bouësseau MC, et al. TRREE on-line training programme on the ethics and regulation of health research involving human participants: module 3.1 - Informed consent [Internet]. Neuchatel: University of Neuchatel; 2015. Available from: <http://elearning.tree.org/course/view.php?id=5&lang=pt>
2. Oliveira G, Pereira A. Consentimento informado. Coimbra: Centro de Direito Biomédico, da Universidade de Coimbra; 2006.
3. Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento informado: relatório final [Internet]. Porto: ERS; 2009. Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
4. Bowman D, Spicer J, Iqbal R. Informed consent: a primer for clinical practice. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25(4):16.
5. Giampieri M. Communication and informed consent in elderly people. *Minerva Anesthesiol*. 2012;78(2):236-42.
6. Costa MI. Avaliação do uso do consentimento informado num hospital universitário [Dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; 2012.
7. van den Brink-Muinen A, van Dulmen SM, de Haes HC, Visser AP, Schellevis FG, Bensing JM. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect*. 2006;9(4):333-42.
8. Botturi A, Lamperti E, Finocchiaro CY, Berrini FR, Ferrari D, Fariselli L, et al. Consent and awareness: mental conditions at diagnosis. *Neurol Sci*. 2011;32 Suppl 2:S221-4.
9. Rosa PJ. A responsabilidade civil médica por violação do 'consentimento informado' em Portugal: estado da arte. Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; 2013.
10. Mayberry MK, Mayberry JF. Consent with understanding: a movement towards informed decisions. *Clin Med (Lond)*. 2002;2(6):523-6.
11. Vaz WL, Reis C. Consentimento informado na relação médico-paciente [Informed consent in doctor-patient relationship]. *Rev Jurídica Cesumar*. 2007;7(2):489-514. Portuguese
12. Direção-Geral da Saúde. Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito: norma da DGS nº 015/2013, de 03/10/2013, atualizada a 14/10/2014. Lisboa: DGS; 2014.
13. Silva GA. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte [The decision making process in clinical practice: medicine as a state of the art practice]. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2013;11(1):75-9. Portuguese
14. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*. 1995;310(6987):1122-6.
15. Alves AI. Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar [Dissertation]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa; 2011.
16. Gett RM, Cooray AR, Gold D, Danta M. Evaluating informed consent for colonoscopy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2014;24(4):345-52.
17. Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa [Internet]. São Paulo: UNASUS, da universidade Federal de São Paulo; 2013. Available from: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf
18. Almeida LD, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável [Medical attitude and vulnerable patient's autonomy]. *Rev Bioética*. 2010;18(1):165-83. Portuguese
19. Maia CM. Avaliação do uso do consentimento informado em pediatria [Dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; 2012.
20. Góis L, Silva AC. Qualidade do consentimento informado no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António. Universidade do Porto; 2011. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21113/3/Qualidade%20Consentimento%20Informado.pdf>
21. Dias MP, Shinn C, Amaral L, Araújo MJ, Pinto A, Gonzalez P, et al. Ciclo de melhoria de qualidade para aumentar a obtenção de consentimento informado em procedimento de planeamento familiar [Informed consent for family planning: a quality improvement study]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2014;30(3):168-72. Portuguese
22. Mendonça AM. O consentimento livre e esclarecido e a humanização no atendimento médico: uma explicação pautada em valores humanos e atitudes [Dissertation]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2015.
23. Código Penal Português: consentimento (artigo 38º). Lei nº 110/2015, de 26 de agosto.
24. Active Citizenship Network. Carta europeia dos direitos dos doentes [Internet]. Available from: <http://www.europacoln.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Downloads/Outros/cartaeuropeiadosdireitosdosdoentes.pdf>
25. Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Código de conduta ética [Internet]. Lisboa: ARSLVT; 2015. Available from: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1924/C_digo_de_Conduta__tica.pdf
26. Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applica-

- tions de la biologie et de la medicine: convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine. Resolução da Assembleia da República nº 1/2001, de 3 de janeiro.
27. Veiga FS, Laranjeira AL. O dever de informação na relação médico-paciente e a responsabilidade médica [The duty to information in the physician-patient relationship and the medical responsibility]. ORBIS. 2012;3(1):395-417. Portuguese
- Artigo recebido em 14.09.2015 e aprovado em 12.06.2016