

IMPORTÂNCIA DO CONSENTIMENTO INFORMADO EM ATENÇÃO CLÍNICA *INFORMED CONSENT IN CLINICAL PRACTICE*

José Eduardo de Siqueira *

O consentimento em atenção clínica é sempre dinâmico e fundamenta-se no imperativo de máximo respeito à dignidade do ser humano enfermo.

A sociedade moderna exige que os médicos reconheçam a competência de seus pacientes para tomarem decisões relativas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em seus próprios corpos. É preciso considerar, entretanto, que se é reprovável a atitude paternalista, que não reconhece o exercício da autonomia das pessoas, igualmente irresponsável será a “atitude de Pilatos”, que pretende transferir sistematicamente todas as decisões para esfera de poder dos pacientes sem a imprescindível interação com os mesmos.

O profissional de saúde precisa reconhecer que o consentimento pleno oferecido pelo paciente para quaisquer procedimentos somente poderá ser efetuado após ter sido ele suficientemente informado e compreendido todas as variáveis necessárias para tal decisão e, para tanto, depende inteiramente da iniciativa, bom senso e dedicação do médico.

A atitude ativa de transferir informações, outrossim, não pode pautar-se por prática monológica e unidirecional, mas deve ser dialógica e conduzida com o adequado conhecimento da biografia, entorno familiar e sócio-econômico do paciente. A relação médico-paciente necessariamente será dinâmica, interativa e conduzida por diálogo respeitoso, sempre considerando que o protagonismo central pertence ao paciente.

A medicina moderna convive com um aumento expressivo de enfermidades crônicas e um sem número de possibilidades diagnósticas e/ou terapêuticas, cada uma guardando riscos e benefícios próprios, o que torna o processo de tomada de decisões muito complexo. Entre a atitude paternalista e o exercício acrítico da autonomia radical concedida ao paciente, está a prudência na busca das melhores e mais razoáveis soluções.

Em 1935, assim ensinava o grande clínico espanhol Gregório Maraño *Vocação e Ética*: “El médico, pues debe mentir y no solo por caridad, sino por servicio de la salud! Cuantas veces una inexactitud, deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la farmacopea!”.

Lamentavelmente, percebe-se uma prática intolerável de considerar o termo de consentimento informado como um procedimento burocrático para obter do paciente um documento legal de proteção do profissional de saúde contra eventuais processos judiciais. Inspirado, inicialmente, para permitir escolhas livres e autônomas por parte de pessoas enfermas sobre decisões clínicas, o termo de consentimento se transforma em instrumento de proteção jurídica de profissionais guiados pela ideologia da medicina defensiva.

Faz-se imperioso retomar o consentimento como processo de encontro e diálogo entre profissional de saúde e paciente exercido desde a admissão deste em qualquer unidade de medicina primária até a alta definitiva efetuada em hospital terciário.

Além de informações suficientes e inteligíveis, não se pode aceitar atitudes de coação exercidas por profissionais e/ou familiares para condicionar a escolha do paciente sobre quaisquer procedimentos clínicos. Na cultura latina se aceita,

habitualmente, que o médico forneça informações incompletas sobre a enfermidade, visando ter a concordância mais fácil do paciente para as propostas de tomadas de decisões sugeridas pelo profissional. Este tipo condenável de manipulação também é prática comum de familiares que pretendem exercer o domínio sobre as decisões terapêuticas e/ou diagnósticas em detrimento da vontade própria do paciente.

Conhecido como pacto de silêncio, sabe-se comum o acordo realizado entre médicos e familiares para ocultar dos pacientes informações consideradas aprioristicamente como danosas para o equilíbrio mental dos fragilizados enfermos. Deve-se ter presente que a mentira invariavelmente é um mal caminho a ser adotado. Desrespeitosa por considerar o outro privado de maioridade moral.

O paciente não pede por mentiras piedosas, mas, sim, por formas piedosas de aproximação da verdade. Importante, entretanto, considerar que o roteiro de busca para conhecer a verdade difere enormemente entre as pessoas e em diferentes momentos da vida de cada um. Qualquer enfermidade gera diferentes graus de vulnerabilidades individuais e constrói barreiras contra a lucidez, e o profissional de saúde não pode deixar de conhecê-las.

Tanto a mentira piedosa quanto a verdade incondicionalmente exposta pelo profissional ao paciente mostram o despreparo daquele em estabelecer vínculo saudável com este.

A relação médico-paciente deve sempre ter como pressuposto sua singularidade e a necessidade de respeito mútuo. A demanda do paciente por informações deve fazer com que o profissional esteja disponível para atendê-las sem, entretanto, desconsiderar as situações comuns de fragilidades pessoais, medos e, até mesmo, momentos de irracionalidade por parte do enfermo frente ao sofrimento indesejável.

Assim, o fluxo de informações na relação médico-paciente deve submeter-se ao respeito devido aos interlocutores e materializar-se em ações de lealdade e autêntica parceria e, para tanto, não há outro caminho senão através do diálogo realizado com prudência e perspicácia, pois freqüentemente ocorrerão situações que serão marcadas por momentos de silêncio e linguagem não-verbal praticada por ambos. É o paciente, entretanto, quem deve escolher a forma, o ritmo e os limites de revelação das verdades relativas à sua moléstia, cabendo ao médico ser leal e atento às dúvidas e inseguranças do enfermo e seus familiares.

Para que um processo de decisões clínicas tenha êxito, é necessário considerar as expectativas dos participantes, médico e paciente, na busca de soluções, e que ambos concordem em estabelecer diálogo contínuo sobre o conhecimento das dimensões da enfermidade, assim como das perspectivas de investigação, tratamento e prognóstico da mesma, levando em conta vantagens e inconvenientes de cada uma das decisões a ser tomada.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 9, n. 1, p. 27 - 28, 2007

* Médico formado pela PUC-SP em 1967 e atual presidente da

Sociedade Brasileira de Bioética

Recebido em 5/3/2007. Aceito para publicação em 5/3/2007.

Contato: jtsique@sercomtel.com.br

Deve esta dinâmica ser conduzida com tempo para permanentes avaliações, etapa por etapa, de todos os procedimentos e, sempre que possível, consensualmente adotados. Há, entretanto, situações especiais que não permitem o cumprimento de todas as etapas mencionadas, e são aquelas que envolvem atendimentos de urgência, nas quais impõem-se instalar com presteza os cuidados para manutenção de variáveis vitais. Igualmente, o atendimento prestado por alguns especialistas, como é o caso de anestesistas e intensivistas, que nem sempre contam com tempo suficiente para melhor interação médico-paciente.

Finalmente, outra situação precisa ser considerada e é aquela em que o paciente decide, livremente, transferir a responsabilidade da escolha da decisão clínica para seu médico. Sua confiança no profissional é suficientemente sólida para este tipo de delegação de poder, não significando, portanto, perda de autonomia, mesmo que esta opção se dê movida por insegurança ou busca de redução de ansiedade

pessoal. Merece atenção, ainda, circunstâncias especiais em que o esclarecimento de determinadas decisões clínicas necessitam de apoio de pessoas mais próximas de valores morais ou crenças dos pacientes, como os de natureza étnica, religiosa ou cultural. Não devem os profissionais de saúde oporem-se a tais participações.

Em síntese, a relação profissional de saúde-paciente deve ser acolhida como colóquio singular que tem início com o relato de sofrimento pessoal do paciente, tem seqüência com escuta ativa, diálogo e decisões diagnósticas e terapêuticas na busca da cura ou alívio de uma enfermidade. Não poderá ser nunca o encontro entre um técnico e um corpo doente, mas, sim, a cooperação entre dois indivíduos que, embora portadores de histórias biográficas e formações profissionais diferentes, percebem-se como pessoas que cultivam o respeito mútuo e o reconhecimento incondicional da dignidade do ser humano.

PARA QUE SERVE O PREPÚCIO PENIANO E POR QUE PRESERVÁ-LO?

No recém-nato, o prepúcio serve para proteger a glândula e o meato uretral.

No passado, com as fraldas grosseiras e artesanais que tínhamos, a retirada precoce do prepúcio poderia induzir irritações e mesmo erosões na glândula e, principalmente, no meato uretral, com graves problemas de estenoses rebeldes e graves.

Hoje, com as fraldas leves e extremamente higiênicas, essa preocupação de lesões se tornou menor. O prepúcio alongado e/ou fimótico produz na glândula e no sulco balanaral uma situação que eu denomino “região escura, úmida e quente”, que ajuda a proliferar e abrigar fungos, condilomas, HPV e lesões pré-cancerosas.

Em 43 anos de exercício em urologia, muito dificilmente, ou nunca, vi vaginites rebeldes a tratamentos simples ou câncer no colo do útero em mulheres casadas ou que coabitam com parceiros que tenham sido submetidos quando crianças ou recém-

natos a à circuncisão ou postectomia.

Entre os judeus, que seguem preceitos religiosos de circuncisão em tenra idade de vida, suas esposas ou parceiras muito raramente têm vaginites de difícil cura ou mesmo câncer de colo do útero, e mesmo esses homens circuncizados ou postectomizados precocemente apresentam CA de pênis.

Na África, onde a AIDS grassa em profusão, foi verificado por Estudos da Organização Mundial da Saúde que entre os homens submetidos quando recém-natos à circuncisão, a incidência foi 50% menor da doença em relação à população masculina não-circuncizada. Isto reforça a minha assertiva inicial: por que não retirar precocemente o prepúcio?

Professor doutor Saul Gun
CCMB/PUC-SP