

## O valor do consentimento informado na investigação do erro médico

### *The informed consent value in investigating medical error*

Rodrigo Pires Bernis Abdo<sup>1</sup>, Cristiane Valéria Batista Pereira Abdo<sup>2</sup>

#### RESUMO

A prática da medicina moderna já não mais admite o médico como personagem único, atuando sem que seja ouvida e respeitada a opinião do paciente. Neste cenário, o médico tenta ao mesmo tempo se resguardar e preservar a autonomia do paciente utilizando o consentimento informado e permitindo aos pacientes a avaliação dos riscos e benefícios da intervenção proposta. Apesar de sua importância ética e de seu uso há pelo menos cinco décadas, o tema está longe de um consenso em vários aspectos. Circundado de mitos, muitas dúvidas surgem relacionadas à sua elaboração e o momento ideal de sua apresentação ao paciente. Além disto, torna-se importante o conhecimento de seu valor, já que existem muitas ações judiciais envolvendo a prática médica sendo sua maior causa a falta de um termo de consentimento livre e esclarecido obtido com antecedência ao procedimento proposto. Este artigo fornece dados para uma melhor compreensão do processo de elaboração do termo de consentimento informado que, quando consistente, além de legitimar o ato médico, tem valor incalculável na investigação de um possível erro médico.

**Palavras-chave:** Consentimento livre e esclarecido; Prova pericial; Erros médicos.

#### ABSTRACT

Modern medicine practice does not accept anymore only one physician acting alone, disregarding patient's opinion. Under this view, the physician tries to protect himself and preserve patient's autonomy in his decisions, using the informed consent allowing patients to evaluate the risks and benefits of medical intervention. Despite of its ethical importance and its use as well, for at least five decades, the informed consent, within the medical rank, is far from being unanimous, in several aspects. Surrounded by myths, many doubts appear related to its preparation and to the ideal moment to be shown to the patient. Furthermore, it is important to know its currency value, since there are many law suits involving medical practice. The major reason for these actions is the lack of a free and elucidative consent by the patient, obtained before the medical procedure. This paper is aimed to furnish data for a better and more comprehensive understanding of the process for elaboration of the informed consent text because this document, when consistent, besides legitimating the medical act has an incalculable value in investigating possible medical error.

**Keywords:** Informed consent; Expert testimony; Medical errors.

<sup>1</sup> Hospital Alberto Cavalcanti-FHEMIG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes. Nova Lima, MG - Brasil.

#### Instituição:

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG, Hospital Alberto Cavalcanti. Belo Horizonte, MG - Brasil.

#### \* Autor Correspondente:

Rodrigo Pires Bernis Abdo  
E-mail: robernis@ig.com.br / rodrigoabdo@gmail.com

Recebido em: 13/02/2014.

Aprovado em: 26/01/2016.

## INTRODUÇÃO

Todo ato médico praticado viola um bem juridicamente protegido do paciente, quer seja sua integridade física durante uma cirurgia, sua liberdade durante o período de internação hospitalar ou sua intimidade devido aos segredos de sua vida pessoal revelados durante a anamnese. O ato médico não pode ser considerado um delito quando o médico, legalmente capacitado, atua contando com o consentimento prévio do paciente, livre e validamente expressado.<sup>1</sup>

Entretanto, até a década de 60 do século XX nos Estados Unidos prevalecia na relação médico-paciente (RMP) o princípio paternalista da beneficência de Hipócrates, ou seja, o de buscar o bem do paciente mesmo sem seu consentimento, considerado irrelevante, uma vez que o paciente era considerado totalmente leigo. O médico agia controlado por sua própria consciência, modulada pelos códigos deontológicos e o paciente, doente ou não, era privado de sua capacidade de decidir.

Gradativamente, a RMP experimentou uma mudança na qual a autonomia do paciente começou a crescer como um antídoto para o paternalismo médico, ou seja, a tendência dos médicos em assumir a responsabilidade completa em determinar qual o tratamento mais adequado.<sup>2</sup> Surge, então, a necessidade de bem informar o paciente para que este pudesse, de forma esclarecida e livre, consentir ou não qualquer ato médico que violasse sua integridade física e/ou psíquica, necessidade esta que se consolidou como o consentimento informado (CI).

Fato histórico é que em 9 de dezembro de 1946, o tribunal de Nuremberg, na Alemanha, julgou 23 pessoas, 20 das quais médicos nazistas, pelos brutais experimentos realizados em seres humanos. Deste julgamento, considerado um marco na história da humanidade, surgiu o Código de Nuremberg, que estabeleceu a necessidade do consentimento livre, voluntário e esclarecido de seres humanos antes da realização de qualquer tipo de experimento, o que se transformou em lei internacional, tornando o CI nestes casos, obrigatório. Por outro lado, sua maturidade na prática clínica somente ocorreu anos após, sendo usado pela primeira vez em 1957, em um caso julgado na Califórnia.<sup>2</sup> A história do CI na prática clínica americana é recente. Até a revisão de 1980, as publicações da Associação Médica Americana (AMA) não incluíam qualquer menção ao termo consentimento.<sup>3</sup>

## DISCUSSÃO

O CI não é meramente um conceito, mas sim uma doutrina legal, segundo a qual, na RMP, o paciente tem o direito de escolher, após ser devidamente informado, o tratamento mais apropriado e mais adequado a sua personalidade, podendo recusar atos médicos que considere inoportunos. Segundo Diniz:<sup>4</sup>

“o paciente tem direito de opor-se a uma terapia, de optar por tratamento mais adequado ou menos rigoroso, de aceitar ou não uma intervenção cirúrgica, de mudar ou não de médico ou de hospital etc.”

Já o médico, abdica de seus valores pessoais informando de maneira racional e razoável ao paciente sobre as circunstâncias relevantes relativas à sua enfermidade, além

das possibilidades diagnósticas e terapêuticas para que este possa participar ativamente no processo de tomada de decisões. Assim, informar é dever do médico e consentir é direito do paciente.

Um dos mitos que cerca o tema é que o CI é na verdade um formulário de consentimento (FC), burocrático e extenso, contendo uma lista de riscos potenciais, apresentado ao paciente de forma apressada na iminência de uma intervenção médica.

Neste momento, o paciente já optou pela realização do procedimento proposto, ou seja, a informação está sendo fornecida depois e não antes de sua decisão. Além disso, nesta fase, o paciente não está do ponto de vista psicológico apto para pesar os riscos e benefícios que a situação exige devido à ansiedade gerada frente a qualquer procedimento invasivo, pois qualquer desordem mental ou emocional que comprometa a capacidade de apreciação e de decisão pode tornar o paciente incompetente para consentir. Ainda assim, estes formulários são largamente empregados por administradores hospitalares, médicos e advogados como fator protetor em eventuais demandas judiciais oferecendo, na verdade, pequena proteção.

O CI é conceitualmente um processo de interação entre médico e paciente, no qual a informação apresentada deve ser relevante e específica para a intervenção a ser realizada. O paciente, para decidir, precisa apenas entender os prováveis riscos envolvidos e não imaginários, sendo inconcebível a ideia de serem expostos todos os riscos possíveis. O termo de consentimento informado (TCI) não precisa comportar exageros para ser considerado válido e consistente.

Burnham<sup>5</sup> propôs um TCI para a cirurgia de hérnia inguinal e dentre as possíveis complicações enumerou as possibilidades de o paciente cair no banheiro ou de ocorrer um incêndio no hospital; neste termo o paciente deveria declarar que conhecia a anatomia do corpo, a fisiopatologia do surgimento das hérnias, a técnica cirúrgica a ser empregada pelo cirurgião e até a dieta a ser ingerida em nível bioquímico. Neste documento há espaços para a assinatura do paciente, do seu advogado, do advogado do médico, do advogado do hospital, do advogado do anestesista e até da sogra do paciente. Exagero à parte, na atualidade, entende-se que apenas os riscos mais prováveis devem ser expostos ao paciente e a informação não necessita ser exaustiva e completa. Segundo Villanueva Cañadas,<sup>1</sup> seria um exagero e um despropósito converter as consultas médicas em “faculdades de medicina”.

O papel da família na tomada de decisões deve ser minimizado pelo médico, mas jamais desprezado, pois é considerado relevante.<sup>6</sup> Como a decisão do tratamento tomada pelo paciente pode ter um impacto dramático na vida de membros da família, há autores que defendem a participação de familiares com uma espécie de autoridade parcial no processo de tomada de decisões.<sup>7</sup> A condição mais clara da não exigibilidade do consentimento prévio do paciente permanece sendo os casos de urgência e emergência com comprovado perigo de vida.

## CRÍTICAS À OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Alguns autores questionam a obtenção do TCI, como Veatch,<sup>8</sup> que defende a tese que o CI é meramente um conceito de transição. Katz<sup>9</sup> defendeu a honestidade e

integridade dos médicos, além de uma boa RMP como as melhores garantias que os pacientes receberiam tratamento apropriado. Ainda segundo o autor, a interposição de documentos de cunho legal entre o paciente e o médico serviria apenas para prejudicar a RMP e o próprio paciente e o TCI não auxiliaria o médico em casos de má prática, já que as informações não são seriam lembradas pelos pacientes no período pós-operatório podendo na verdade gerar efeitos adversos.

O autor cita, como exemplo, o caso de uma paciente que durante a discussão do consentimento informado foi advertida que náuseas e vômitos poderiam ocorrer no período pós-operatório, em parte pelo procedimento anestésico, em parte pela própria cirurgia. Na indução anestésica foi utilizado Diazepam (que produz sonolência) e a paciente foi acordada sem que a cirurgia fosse realizada.

Imediatamente após despertar, a paciente queixava náuseas e vômitos. Chamado para examiná-la o médico informou que a cirurgia havia sido cancelada e que a única droga utilizada fora o Diazepam, que na verdade possui efeito inibitório sobre náuseas e vômitos. As queixas da paciente cessaram imediatamente.

Outro exemplo foi o de um paciente que seria submetido a procedimento diagnóstico com o uso de Ketamina. Antes do procedimento, foi explicado ao paciente da possibilidade da ocorrência de alucinações e pesadelos, o que fez com que ele focasse a discussão neste ponto. Entretanto, o médico optou pelo uso de anestesia inalatória ao uso de Ketamina. No pós-operatório o paciente desenvolveu um quadro clássico de alucinações e pesadelos e ao ser informado da não utilização da droga o quadro rapidamente desapareceu.

Ainda segundo o autor, o caso que mais ilustra o efeito adverso das informações dadas é o de um grupo de cinco pacientes que seriam operados utilizando como anestesia o bloqueio espinal (raquianestesia). Foi discutida amplamente com os pacientes a possibilidade de cefaleia após a anestesia. No momento da intervenção, foi optado por anestesia geral em todos os pacientes. Ainda assim, todos apresentaram cefaleia intensa, sendo que, em um paciente, a dor era tão intensa e característica que a presença de um neurocirurgião foi requisitada e este profissional, sem consultar o prontuário, o descreveu como o caso mais clássico de cefaleia após bloqueio espinal por ele já abordado.

## A INVESTIGAÇÃO DO ERRO MÉDICO

À medida que ganhou autonomia, o paciente também ganhou capacidade para questionar a conduta médica. Dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) comprovam esta tendência. Um único processo ético foi registrado no CFM de 1957 a 1970; de 1971 a 1980 foram registrados 37 casos e de 1981 ao ano 2000, 1509 processos foram instaurados.<sup>10</sup> Fato interessante é que esta progressão alarmante guarda relação com a época em que surgiu o CI e o constante aumento de seu uso na prática médica.

Dentro desta nova realidade, o número de perícias do erro médico (PEM) também cresceu. No Instituto Médico-Legal (IML) de Belo Horizonte, seu número subiu de um único caso em 1985 para 136 casos em 2007.<sup>11</sup>

A maioria das PEM envolve processos que têm como causa atos cirúrgicos e os pequenos procedimentos cirúrgicos e a deficiente comunicação médico-paciente estão entre as condições facilitadoras do ato médico imperfeito.<sup>10</sup>

Nos casos de PEM motivadas por atos cirúrgicos eletivos, certamente um dos documentos de maior importância a ser analisado é o TCI. A ausência do TCI, além de representar infração ao código de ética médica, suscita dúvidas quanto à preservação da autonomia do paciente e principalmente quanto ao esclarecimento dos riscos potenciais envolvidos para a intervenção proposta.

Segundo Diniz:<sup>4</sup> “a ausência de consentimento livre e esclarecido seria um delito de negligência profissional do médico se ocasionada dolosamente e a informação deficiente por ele dada ao paciente o tornará responsável pelo resultado danoso oriundo de sua intervenção, mesmo que esta tenha sido correta tecnicamente, pouco importando que o dano derive do risco comum em qualquer prática médica.”

As cirurgias contraceptivas exemplificam bem o que fora dito. Todo paciente que será submetido à vasectomia ou laqueadura tubária deve ser advertido da ineficácia do método em 100% dos casos. Segundo o consentimento informado da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), para a cirurgia contraceptiva masculina, uma em cada duas mil cirurgias pode falhar e o paciente voltar a engravidar sua parceira.

Considerando a laqueadura tubária, o tribunal de Justiça de Minas Gerais condenou médico e hospital a indenizarem solidariamente uma paciente pelo fato de não ter sido informada sobre a possibilidade de poder engravidar após a cirurgia. A condenação não se deu por erro no procedimento cirúrgico, mas pelo fato do profissional não ter esclarecido à paciente a possibilidade de nova gravidez, o que caracterizou falha no dever de informação associado à atividade profissional.<sup>12</sup> Por este motivo, no caso de cirurgias que não tenham caráter curativo, como o caso das cirurgias estéticas e cirurgias contraceptivas, a obtenção do TCI se faz obrigatória.

O TCI deverá conter, em suma, os seguintes elementos essenciais:

“ser feito em linguagem acessível; conter os procedimentos ou terapêuticas que serão utilizados, bem como seus objetivos e justificativas; os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados; métodos alternativos existentes; a liberdade de o paciente recusar ou retirar seu consentimento sem que se lhe aplique qualquer sanção punitiva ou sem que haja prejuízo à sua assistência médico-hospitalar; assinatura ou identificação dactiloscópica do paciente ou de seu representante legal.”<sup>4</sup>

O momento em que o TCI foi assinado pelo paciente é importante. Conforme discussão prévia, o paciente precisa de tempo para pesar os riscos e os benefícios de um procedimento invasivo; assim sua assinatura no dia do procedimento, ou momentos antes de sua realização diminui seu valor como prova pericial. A assinatura do TCI com antecedência ao procedimento, especialmente com data anterior à elaboração dos exames pré-operatórios e ao relatório do risco cirúrgico, aumenta sua confiabilidade, pois demonstra que o paciente teve tempo suficiente para pensar sobre os riscos da situação e que somente após sua decisão foram solicitados os exames pré-operatórios.

Na investigação de suposto erro médico, o perito deve esclarecer se o TCI é específico para a cirurgia proposta, pois o consentimento genérico com título: “Termo de

consentimento para todas as intervenções cirúrgicas”, tem pouco ou nenhum valor em uma demanda judicial. Seu conteúdo deve ser relacionado ao procedimento proposto, com a descrição das complicações mais comuns e inerentes ao caso.

---

## CONCLUSÕES

O TCI é o corolário de uma RMP baseada na confiança mútua e não uma prova documental que possa eximir ou absolver o médico de uma responsabilidade profissional.

Exageros e críticas à parte, seu uso deve ser encorajado e largamente utilizado, principalmente em cirurgias com finalidade não curativa como as de cunho estético e contraceptivo, nas quais os pacientes tem a falsa ideia de procedimentos com objetivos de fins e não de meios. Nestes casos, sua obtenção é quase obrigatória.

Mesmo após obter um TCI válido, o médico deve seguir atuando em conformidade com as normas técnicas inerentes aos seus atos profissionais, sendo equivocada a ideia de requerê-lo com o objetivo de amenizar a responsabilidade profissional, mas correta a ideia de que este documento pode legitimar o ato médico, tornando-o assim menos passível de críticas e questionamentos judiciais.

---

## REFERÊNCIAS

1. Villanueva Cañadas E. El consentimiento. In: Calabuig G. Medicina legal y toxicología. 6a ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 85-92.
2. Meisel A, Kuczewski M. Legal and ethical myths about informed consent. *Arch Intern Med.* 1996;156(22):2521-6.
3. Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA.* 1984;252(7):925-7.
4. Diniz MH. O Estado Atual do Biodireito. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 2006.
5. Burnham PJ. Medical experimentation on humans. *Science.* 1966;152:448-50.
6. Kuczewski MG. Reconceiving the family. The process of consent in medical decisionmaking. *Hastings Cent Rep.* 1996;26(2):30-7.
7. Blustein J. The family in medical decision making. *Hastings Cent Rep.* 1993;23(3):6-13.
8. Veatch RM. Abandoning informed consent. *Hastings Cent Rep.* 1995;25(2):5-12.
9. Katz RL. Informed consent. Is it bad medicine? *West J Med.* 1977;126(5):426-8.
10. Gomes JCM, Drumond JGF, França GV. O Erro Médico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
11. Epiphanyo EB, Vilela JRPX. Perícias Médicas: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
12. França GV. Medicina Legal. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.