

O RESPEITO ÀS DELIBERAÇÕES DO PACIENTE ATRAVÉS DO CONSENTIMENTO INFORMADO

THE RESPECT TO THE PATIENT DELIBERATIONS THROUGH THE INFORMED CONSENT

Astrid Heringer ¹

SUMÁRIO: Introdução; 1 Funções do Consentimento Informado e Documentos Internacionais; 2 Conceito de Consentimento Informado; 2.1 Tipos de consentimento; 2.1.1 Consentimento presumido; 2.1.2 Consentimento primário; 2.1.3 Consentimento substituído; 3 Elementos formadores do consentimento informado; 3.1 Capacidade para consentir; 3.2 Informação; 4 Limites ao consentimento informado; 5 Situações Excepcionais; Considerações finais; Referências.

RESUMO

O artigo tem por objetivo verificar em que medida o consentimento informado constitui-se em importante instrumento de manifestação da vontade do paciente acerca dos tratamentos que deseja utilizar ou até mesmo recusar. Realiza-se uma análise dos principais requisitos do instrumento e também dos aspectos que o tornam vulnerável, notadamente a falta de informações suficientes ao paciente e de autonomia na declaração de vontade. O motivo principal de surgimento do consentimento informado está na realização de intervenções pelo médico, as quais não correspondem àquilo que é desejado pelo paciente. Tal procedimento decorre da tradição hipocrática que super valoriza as decisões do médico, sem indagar sobre os desejos do paciente acerca de que tratamento seguir e se efetivamente deseja realizá-lo, colocando em risco a autonomia do paciente, uma vez que a decisão recai erroneamente, na maioria das situações, nas mãos do médico e não do maior interessado, o próprio paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Consentimento informado. Ética médica. Autonomia da vontade. Direitos dos pacientes. Princípios bioéticos.

ABSTRACT

The paper examines the extent to which informed consent constitutes an important instrument for manifesting the patient's will with regard to the treatments he or she wishes to accept, or even decline. The main requirements of the instrument are analyzed, and also the aspects that make it vulnerable, particularly lack of information for the patient, and autonomy in the declaration of intent. The main reason for the emergence of informed consent is for the doctor to carry out interventions that do not correspond with the patient's wishes. This procedure stems from the Hippocratic tradition that gives excessive value to the doctor's decisions, without seeking to find out the patient's wishes on which course of treatment to be followed, and whether the patient actually wants to go through with it, thereby jeopardizing the patient's autonomy, since the decision in most situations rests – wrongly so - in the hands of the doctor and not the main interested party, the actual patient.

KEY-WORDS: Informed consent. Medical ethics. Freedom of choice. Patient rights. Bioethical principles.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo verificar en qué medida el consentimiento informado constituye un importante instrumento de manifestación de la voluntad del paciente acerca de los tratamientos que desea utilizar o

incluso recusar. Se realiza un análisis de los principales requisitos del instrumento y también de los aspectos que lo hacen vulnerable, especialmente la falta de informaciones suficientes al paciente y de autonomía en la declaración de voluntad. El motivo principal del surgimiento del consentimiento informado está en la realización de intervenciones por parte del médico que no corresponden a aquello que es deseado por el paciente. Tal procedimiento deriva de la tradición hipocrática que sobrevaloriza las decisiones del médico, sin indagar sobre los deseos del paciente acerca de qué tratamiento seguir y si efectivamente desea realizarlo, poniendo en riesgo la autonomía del paciente, puesto que la decisión recae erróneamente, en la mayoría de las situaciones, en las manos del médico y no del mayor interesado, el propio paciente.

PALABRAS CLAVE: Consentimiento informado. Ética médica. Autonomía de la voluntad. Derechos de los pacientes. Principios bioéticos.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, prevaleceu como prática médica a orientação do juramento hipocrático segundo o qual o médico detém liberdade na condução do tratamento do paciente. Essa cultura predominou durante séculos, sem que sofresse abalo de qualquer natureza. No entanto, a partir da década de 70 essa relação começa a sofrer transformações, provenientes, sobretudo, dos direitos civis adquiridos pelo paciente, bem como da quantidade de informações que passam a circular e estar disponíveis a todos. Então, conforme Pithan,

[...] a grande mudança cultural no contexto da assistência sanitária ocorre prioritariamente com a promoção da autonomia do paciente, passando-se de uma relação paternalista, em que o médico decidia sozinho, para uma relação de parceria terapêutica, onde o profissional compartilha decisões com aquele que é diretamente afetado por elas².

A ideia de consentimento informado passou a ser gestada a partir dos relatos dos horrores cometidos em Nuremberg, posteriormente ao julgamento de diversos criminosos da Segunda Guerra Mundial. Conforme Beauchamp e Childress, não se fala em consentimento informado e nem há um detalhamento da sua função até 1972³.

Um dos principais marcos na mudança de paradigma entre médico e paciente, bem como da autonomia deste quanto à condução do tratamento, ocorreu a partir da *Carta dos direitos dos pacientes*, publicada em 1973 pela Associação Americana de Hospitais. A publicação deste documento foi tão emblemática que passou a influenciar a legislação não só dos Estados Unidos, como de outros países. O documento serviu como um elemento de superação da cultura paternalista representada pelo juramento hipocrático, predominante até então. Uma de suas disposições mais relevantes consiste no direito do paciente receber todas as informações sobre o seu estado de saúde e dos tratamentos a serem utilizados antes de qualquer intervenção⁴.

Estas transformações nas relações médico-pacientes também são extensivas aos tribunais. É cada vez mais frequente a judicialização dessa relação que ocorre pela maior quantidade de informações disponibilizadas às pessoas, bem como pelos direitos civis reconhecidos ao paciente. Porém, há uma consequência pernóstica desse fato: a prática da medicina defensiva. Esta consiste na

[...] prática médica que prioriza condutas e estratégias diagnóstico-terapêuticas que têm como objetivo evitar demandas judiciais. Implica um desvio da conduta considerada cientificamente padrão nos cuidados com o paciente por se caracterizar pelo uso excessivo de recursos técnicos. O benefício visado pela prática da medicina defensiva é, essencialmente, do próprio médico e subsidiariamente do paciente.⁵

Infelizmente ocorre uma deturpação dos valores envolvidos nessa relação. De um lado está o médico que quer evitar “incômodos” relacionados à sua prática médica – muitas vezes utilizando-se de expedientes que não seriam recomendados, dependendo do paciente e da situação, num evidente esgotamento de todos os recursos disponíveis – e também usando da “autoridade” de médico que, numa visão tradicional cultural, é superior ao do paciente, pois “sabe o que é melhor para ele”. No outro extremo está o paciente, sujeito impotente, hipossuficiente nessa relação, muitas vezes desconhecedor de seus direitos e das informações que pode e deve solicitar, sobretudo sobre o seu

estado de saúde e do seu tratamento, além de não querer tomar consciência de seu estado, com uma "tendência em transferir as responsabilidades pela decisão para a pessoa do médico, resistindo em assumir uma maioria frente à enfermidade"⁶.

A judicialização da relação médico paciente tem raízes na falta de informação. Conforme pesquisa divulgada na revista médica especializada *Lancet*⁷, as insatisfações dos pacientes com os médicos levam aqueles a procurar o Judiciário. Tal problema ocorre especialmente pela falta de informações que são disponibilizadas ao paciente.

A Associação Médica Mundial criou a chamada Declaração sobre Negligência Médica, em que buscou alertar os países para atos de negligência e nos efeitos que tais atos ocasionam para as partes envolvidas. A Declaração de 1992 objetiva evitar que médicos e instituições de saúde venham a sofrer processos por má prática, além de também alertar para a chamada prática da medicina defensiva.⁸ O documento foi elaborado com a intenção de reduzir a quantidade de ações ajuizadas por pacientes, tentando esclarecer quais ações devem ser tomadas pelos médicos e associações, especialmente nos Estados Unidos, em que a judicialização é bastante significativa. De outro lado, teve como meta prevenir outros países em que não há tantas demandas na área.

O presente trabalho tem por objetivo verificar os principais requisitos do consentimento informado e apontar os motivos pelos quais tal documento deve se transformar em rotina nos hospitais, evitando que o paciente fique subjugado às condutas médicas apontadas como "imprescindíveis", e decida o que é melhor para si, de acordo com a autonomia da vontade e dignidade pessoal.

1 FUNÇÕES DO CONSENTIMENTO INFORMADO E DOCUMENTOS INTERNACIONAIS

A deontologia médica atual não pode existir sem que haja o consentimento informado de pacientes que se submetem a tratamentos médicos bem como para os sujeitos de pesquisa.

Atualmente, houve a superação da prática que apenas visava obter do paciente o consentimento, numa flagrante atitude do médico de eximir-se de responsabilidade. Hoje há uma transferência deste paradigma para outro, consistente na "qualidade do entendimento e do consentimento de um paciente ou de um sujeito de pesquisa"⁹.

O objetivo principal do consentimento informado está em "tornar possível a escolha autônoma por parte das pessoas que se submetem a um tratamento de saúde ou a um experimento científico"¹⁰. Além desse, que é o objetivo principal, o instrumento também tem como meta a proteção do paciente contra danos oriundos de um tratamento mal sucedido, bem como incentivar os profissionais de saúde a agir de forma responsável quando atuam em prol da vida e saúde humana.¹¹ Aduz ainda Hall que o objetivo do consentimento informado é aumentar a autonomia pessoal das decisões que afetam o bem-estar físico e psíquico do paciente.¹²

A importância do consentimento informado foi destacada pela Carta dos Direitos Humanos da União Europeia, construída conjuntamente pelo Parlamento Europeu, pelo Conselho da União Europeia e pela Comissão Europeia elaborado em Nice, em 7 de dezembro de 2000. Logo no seu art. 3, que trata do direito à integridade do ser humano, a Carta refere que "no domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados, designadamente: *o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei*" (...)¹³. Ainda é possível encontrar declarações sobre o consentimento "livre e esclarecido" em vários diplomas normativos, tais como: Código de Nuremberg (1947); Declaração de Helsinque (1964), revisada em 1989; Diretrizes Internacionais Propostas para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos (1985), reelaborada em 1993; Normas de Pesquisa em Saúde (1988), estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (arts. 5º, V, e 11); Disposições do Comitê Ético-Científico Central da Dinamarca (1993).

Destaca-se também o texto da Declaração do Congresso Mundial de Bioética, promovido pelo Comitê Científico da Sociedade Internacional de Bioética, ocorrido em Gijón, Espanha, de 20 a 24 de junho de 2000. O documento proclama que "Cada um tem o direito aos melhores cuidados médicos possíveis", reforçando a declaração que "o doente e o médico devem decidir juntos o domínio do tratamento. O doente deverá exprimir o seu consentimento livre após ter sido informado de maneira adequada."¹⁴ Verifica-se, com isso, a importância dada pelos organismos internacionais

ao Consentimento Informado, que deve orientar a atuação do profissional da saúde e na realização de pesquisa, e não constituir-se meramente em declaração vazia de significado. Visa, com isso, reforçar as declarações deontológicas e códigos de ética médica em todos os países que seguem os princípios bioéticos. Segundo posição do Comitê de Bioética da Itália, o consentimento informado constitui-se na legitimação e no fundamento do ato médico¹⁵.

2. CONCEITO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao falar-se de consentimento informado quer-se referir “a uma condição indispensável da relação médico-paciente e da pesquisa em seres humanos. Trata-se de uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente dos seus riscos, benefícios e possíveis conseqüências”.¹⁶ Com essa definição, Joaquim Clotet aponta os principais requisitos para o consentimento voluntário surtir os desejados efeitos. Neste patamar de compreensão, a pessoa autônoma é aquela que “não somente delibera e escolhe seus planos, mas é capaz de agir com base nessas deliberações”¹⁷.

Pode-se entender o consentimento informado em duplo aspecto. O principal aspecto está relacionado ao significado que está legalmente previsto nas legislações dos países e que consiste meramente na assinatura de um documento. Consiste na anuência de uma pessoa para que a mesma seja submetida a tratamentos médicos ou a pesquisas científicas.¹⁸ É temerária essa compreensão reduzida. Isso porque o consentimento informado envolve partes desiguais na relação médica – de um lado o profissional médico e de outro o paciente, hipossuficiente na relação –, “sem que haja, necessariamente, uma escolha autônoma”¹⁹ e que sinalize para uma decisão pensada ao longo do tempo. Conforme Beauchamp e Childress, o consentimento informado deve resultar de “um processo que ocorre com o tempo, e que se evite a visão comum de que um formulário de consentimento assinado é a essência do consentimento”²⁰. O reconhecimento do consentimento informado e de sua importância cria “o dever *erga omnes* de respeitá-lo, fundamentado no princípio da dignidade humana”²¹. No entanto, o respeito a esses princípios, bem como a prática de exigência do consentimento informado, está longe de ser adotado em todos os procedimentos médicos, existindo hodiernamente somente como um referencial de ideal possível.

Outro dado preocupante da prática médica consiste na obtenção do consentimento informado tão somente em procedimentos invasivos e situações extraordinárias como a internação hospitalar. Com isso, procedimentos mais simples, porém não menos importantes, como a prescrição de medicamentos ou realização de exames, ficam fora da lista de ações que também deveriam proteger-se através do consentimento informado.²² Quanto à forma do consentimento, recomenda-se que seja sempre expresso de forma escrita, especialmente para aqueles procedimentos mais complexos ou arriscados. Quanto aos demais, se houver a manifestação de vontade de forma oral, é recomendável a presença de testemunhas.²³

Numa compreensão mais elaborada do consentimento informado, segundo os princípios bioéticos, deve-se entendê-lo dentro de uma relação igualitária entre médico e paciente, através de uma construção autônoma, isenta de outras opiniões – embora com o parecer do médico –, de qual será a sua opção quanto ao tratamento ideal ou até mesmo a supressão do mesmo. Presume-se essa autonomia através da troca de informações entre sujeitos que não precisam e não devem omitir os dados elementares para a realização do consentimento informado. É nesse contexto que Beauchamp e Childress afirmam que “o consentimento ocorre se, e somente se, um paciente ou sujeito de pesquisa, com um entendimento substancial e numa substancial ausência de controle por parte de outros, intencionalmente, autoriza um profissional a fazer algo”²⁴ ou se abster de fazer.

Assim, “o respeito à autonomia se concretiza na assistência à saúde através de um *continuum* de comunicação entre o profissional da saúde e seus pacientes, visando instrumentá-los para o exercício do direito de escolha”²⁵. A autonomia do paciente ganha contornos imprescindíveis, uma vez que representa o respeito e reconhecimento pelo profissional da saúde às escolhas realizadas conscientemente pelo paciente e resulta, por isso, em obrigação desse profissional em seguir os desejos daquele.

Relatando sobre a necessidade do consentimento informado se dar de forma clara, simples, esclarecida, precisa, honesta e inteligível, Maria Helena Diniz elenca minuciosamente quais as

informações que devem conter neste documento: o diagnóstico, com esclarecimentos sobre a enfermidade e sua evolução; o prognóstico; os efeitos colaterais do tratamento; a terapia mais adequada a ser seguida, especificando seus objetivos, sua duração, suas consequências e seus benefícios; o plano do médico quanto ao atendimento posterior ao tratamento; os cuidados especiais que forem necessários; a previsão de alta; as consequências da não-aceitação de um tratamento e da ingestão de um remédio; a cirurgia a ser efetuada; os possíveis riscos e as alternativas das práticas médicas; as vantagens esperadas ou as desvantagens de uma diligência; o projeto de pesquisa científica e a sua duração; o teste genético; a questão da esterilização e da doação *in vivo* ou *post mortem* e da recepção de órgãos e tecidos, por meio de técnicas de transplante; a atividade técnica de reprodução assistida; a conservação dos embriões excedentes; a coleta de material fertilizante; a identificação pessoal por meio de impressão genética, em situação relacionada ao portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); a utilização de dados pessoais e nominativos por meio de sistemas de informatização e bancos de dados; a responsabilidade do pesquisador; o tipo de compensação em caso de dano, etc.²⁶ No entanto, há de constar, em cada situação específica, deve-se avaliar quais são os elementos imprescindíveis, tanto as informações que serão disponibilizadas, bem como quanto aos procedimentos possíveis de serem realizados em cada caso particular.

2.1 Tipos de consentimento

Alguns autores apresentam classificações ao consentimento informado, de acordo com a situação que se apresenta.

2.1.1 Consentimento presumido

O consentimento é presumido quando o paciente realiza um ato que demonstra o seu interesse na realização de algum procedimento. É o caso daquele que estende o braço para a retirada de sangue, após ter sido solicitada a realização de exame de sangue.²⁷

2.1.2 Consentimento primário

Outro tipo de consentimento é o primário, consistente num consentimento que abrange diversos outros, secundários e decorrentes do primeiro, que raramente são praticados. Hall exemplifica com o fato de que a internação em hospital supõe que o paciente aceite uma série de práticas rotineiras como a realização de exames e a administração de medicamentos. Esse consentimento também é chamado por Mark A. Hall como *bundled consent*, que significa consentimento para um conjunto de procedimentos.²⁸

2.1.3 Consentimento substituto

Destaca-se também outro tipo de consentimento que por diversas vezes foi chamado de consentimento substituto. Consiste em que um familiar ou parente mais próximo do paciente ou seu responsável legal supre a vontade daquele. É utilizado pelo Comitê Ético-Científico Central da Dinamarca – *substitute consent*. Essa expressão também já está prevista na Declaração de Helsinque, revisada pela última vez em Hong Kong, em 1989, no artigo 1.11 e está presente em diferentes artigos da *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*.²⁹

3. ELEMENTOS FORMADORES DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Segundo Goldim, o consentimento informado é formado por três elementos básicos: capacidade, informação e consentimento. A capacidade é aquela descrita na lei, e diz respeito à possibilidade de envolver-se no assunto; compreender ou avaliar os tipos de alternativas e efetuar a comunicação de uma preferência, da escolha realizada.³⁰

Analisaremos esses elementos, dada a sua importância para o tema, uma vez que, como já destacado alhures, o consentimento informado é o instrumento pelo qual se manifesta a vontade do paciente e também dá validade à sua vontade numa preocupação evidente com o conteúdo da manifestação de vontade, e não somente com a sua forma.

3.1 Capacidade para consentir

O consentimento informado está intimamente ligado à capacidade da pessoa em consentir livremente, sem se sujeitar ou influenciar por opiniões alheias. A validade moral e legal do consentimento está associada a essa capacidade do indivíduo em consentir. Assim, “o exercício da autonomia depende da capacidade do indivíduo em tomar suas próprias decisões de forma coerente e integrada”³¹. Além da autonomia do indivíduo, importa também a sua liberdade individual para decidir sobre a utilização do seu próprio corpo que, para o direito anglo-saxão, representa já uma tradição. Um dos maiores expoentes sobre a liberdade individual para o uso do próprio corpo é John Stuart Mill que, na obra *On Liberty*, de 1859, que propunha que “Sobre si mesmo, seu próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano.”³²

Na maioria das legislações mundiais, a capacidade de consentir tem em consideração o critério legal da idade. No Brasil, a partir do Código Civil de 2002³³, a pessoa é considerada plenamente capaz quando atinge 18 anos de idade. Até os 16 anos é considerada absolutamente incapaz e na faixa etária entre 16 e 18 é relativamente incapaz.

É o desenvolvimento psicológico e moral do indivíduo que determinam o seu grau de capacidade. Vários são os pesquisadores que buscam estudar e compreender de que forma se estabelece essa capacidade, tais como Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, Jane Loevinger e Elliot Turiel. Esses autores estabeleceram teorias sobre o desenvolvimento do julgamento moral, isto é, da capacidade do indivíduo de decidir com base em argumentos morais.³⁴

Conforme o entendimento de Piaget, o desenvolvimento moral da criança passa por diversas fases até atingir a capacidade de autonomia, passando pela prática da regra até atingir a consciência da regra, quando, então, atinge a autonomia. A criança, nessa fase, passa pela construção do seu próprio modelo. Essas fases desenvolvem-se através de um processo de amadurecimento que se inicia com “o prazer associado à ação rotineira até atingir a regularidade. Os rituais seriam a etapa seguinte. A noção de respeito surge da obediência ou obrigação entre os indivíduos. A noção de regra, que caracteriza um raciocínio jurídico-moral, surge a partir do respeito. As regras, seja na sua aquisição ou prática, seguem uma seqüência desde simples regularidade, imitação dos maiores, egocentrismo e cooperação, até atingir o próprio interesse pelas mesmas, que caracteriza a autonomia.”³⁵

Outro estudioso do assunto foi Lawrence Kohlberg³⁶, também contemporâneo de Piaget e que teve neste o seu mestre, aperfeiçoando o trabalho por ele desenvolvido³⁷. Kohlberg dividiu o desenvolvimento moral da criança em três níveis, dentro dos quais também realizou subdivisões. Os três níveis apontados são: o pré-convencional, o convencional e o pós-convencional ou dos princípios.

O nível pré-convencional, no primeiro estágio, caracteriza-se por haver a obediência e a punição. A única razão para a criança obedecer e agir corretamente está ligada à ausência de punição. Por isso “os interesses dos outros são irrelevantes, exceto quando afetam o bem-estar do próprio indivíduo”. A etapa 2 é caracterizada pela ação do indivíduo, movida por atingir interesses pessoais e assim agir corretamente. Porém se reconhece que o outro também tem interesses e, então, são acionados os sistemas de trocas e favores, sempre com o intuito de se conseguir o que se quer.³⁸

No nível convencional estão presentes a 3ª e 4ª etapas. Essa 3ª etapa consiste no período em que o indivíduo reconhece que o outro também tem expectativas e que elas são importantes. Então passa a existir a noção de grupo e o sujeito age porque precisa inserir-se na coletividade, precisa a aprovação dos demais e é por isso que age corretamente. O estágio 4 é aquele em que o indivíduo age corretamente porque é leal a instituição e também porque toma consciência de que é preciso mantê-la.³⁹

O estágio pós-convencional está marcado pelo nível 5 e 6. O nível 5 caracteriza-se pela noção de contrato social e de direitos básicos. “As leis e os deveres para com a sociedade devem basear-se na noção utilitarista da maior felicidade para o maior número de pessoas. O indivíduo faz o que

é correto, pois como ser racional é obrigado a seguir preceitos que acolheu.⁴⁰ Por fim, o nível 6 raramente é atingido pelo indivíduo, pois representa a supremacia do ser humano. Caracteriza-se pela valorização dos princípios morais e éticos universais, como o direito à vida, à justiça e à liberdade que tem preferência ante a lei e demais normas. Estas devem ser entendidas na sua relatividade. Quando em conflito, os princípios universais e as regras sociais, devem ser relativizadas ou até mesmo ignoradas diante de um valor maior. As normas sociais devem existir para dar efetividade aos princípios universais. O indivíduo age corretamente quando de acordo com tais princípios e nesta fase existe reversibilidade do julgamento moral. Segundo o próprio Kohlberg, esse nível é próprio de determinadas “elites” intelectuais, citando, como exemplo, Martin Luther King⁴¹.

Mesmo sob a influência de Jean Piaget e Lawrence Kohlberg, a pesquisadora da Universidade de Washington, nos Estados Unidos, Jane Loevinger, apresentou, em 1966, outra classificação para o desenvolvimento moral, a qual denominou desenvolvimento do ego. Sua proposta é mais abrangente e menos simplista, por não limitar um assunto de tamanha complexidade. O ego do indivíduo desenvolve-se pela integração das estruturas existentes e não por uma simples sucessão de estágios. Essa sua teoria foi concebida a partir do “diálogo entre a tradição cognitivo-desenvolvimental e a tradição psicanalítica” e “integra o ponto de vista participativo na abordagem estrutural do desenvolvimento. A estruturação da realidade física e social a que correspondem os diversos estágios é acompanhada por uma reestruturação dialética da própria unidade originária (o sujeito) com a qual o sujeito se identifica”⁴².

Jane Loevinger concebe a construção da autonomia moral como um processo, um movimento dialético de separação-inclusão, e não de separação-individação. Entende que a diferenciação e o desenvolvimento implicam “um espaço de integração” que tem como pano de fundo a reciprocidade e o incentivo dos outros. Então a maturidade moral que resulta da autonomia, como processo educativo, é composta por práticas relacionadas aos princípios de justiça e de desenvolvimento de relações interpessoais.⁴³

Por fim, acrescenta-se a teoria sobre o desenvolvimento moral de Elliot Turiel, pesquisador da Universidade de Berkeley, nos Estados Unidos, e considerado uma das maiores autoridades sobre o assunto, introduzindo a noção de domínios. Segundo sua teoria, as pessoas devem desenvolver três domínios, que são: o pessoal, o convencional e o moral. É a formação desses domínios que possibilita ao indivíduo a tomada de decisões, que habilita a argumentação do mesmo. Quando o indivíduo atinge o domínio convencional, isso lhe confere poder para agir com base nesse domínio e também no pessoal para justificar suas escolhas. Assim, quando atinge o domínio moral, esse processo de entendimento e de tomada de decisões amplia-se ainda mais, ou seja, os argumentos utilizados pelo indivíduo baseiam-se em seus domínios pessoal, convencional e moral.⁴⁴

Turiel construiu um modelo explicativo para as justificativas morais, para uma ética da ação. Esse modelo é concebido a partir da argumentação do indivíduo, que pode basear-se em seus argumentos pessoais, convencionais e morais para uma mesma situação, independentemente da idade, agindo de acordo com as circunstâncias daquele momento.⁴⁵

Viu-se com essas contribuições de autores mais importantes que existe um processo de amadurecimento e de construção pessoal e integrativa para a formação da moral individual. Porém, apesar das diferentes interpretações entre os autores, existe um consenso quanto ao fato de que a construção da moral individual é o caminho para a formação de argumentos que serão utilizados pelo indivíduo para poder consentir livremente, com capacidade.

Essa capacidade é imprescindível para a validade do consentimento informado, havendo, no entanto, dificuldades de se aferir o estágio ou nível de desenvolvimento de cada um dos indivíduos. Resta evidente que cada situação deverá ser analisada individualmente⁴⁶.

Cada um dos autores citados aponta uma metodologia própria para aferir o grau de capacidade do indivíduo. Jean Piaget, na sua obra sobre o julgamento moral na criança (1932), avalia o desenvolvimento da criança a partir de jogos e brinquedos infantis, levando em conta uma observação livre, sem, contudo, apresentar uma técnica em especial.⁴⁷

Já, de acordo com Lawrence Kohlberg, a forma de avaliar o desenvolvimento moral ocorre numa entrevista em que são postos diversos dilemas, sendo o mais conhecido o *Dilema de Heinz*⁴⁸. Consiste este dilema no fato de que o personagem Heinz tem sua esposa com um diagnóstico grave

e o mesmo não possui dinheiro necessário para pagar o valor do medicamento que é indicado. Heinz tenta negociar o valor com o farmacêutico que lhe nega qualquer possibilidade de acordo. Então Heinz é forçado a furtrar a medicação. A partir das respostas que são dadas pelas pessoas sobre como resolveriam o dilema, é possível avaliar os 6 níveis de desenvolvimento moral que são estabelecidos por Kohlberg.

Clotet, Goldim e Francisconi entendem que esse dilema em especial dificilmente poderia ser aplicado em ambiente hospitalar, em função das dificuldades já enfrentadas pelos pacientes e pessoas que estão, muitas vezes, submetidas às mesmas dificuldades. Em função disso, pela parcialidade do julgamento de quem se encontra na mesma situação colocada pelo Dilema de Heinz, a sua aplicação restaria prejudicada.⁴⁹

Da mesma forma, Eliot Turiel tem se utilizado de métodos semelhantes ao de Lawrence Kohlberg, agregando outros dilemas, conjuntamente com outros colaboradores.

No entanto, os esforços dos estudiosos do assunto não se limitaram a esses dilemas. Loren H. Roth, Alan Meisel e Charles W. Lidz argumentaram, em 1977, que não existe a possibilidade de concluir por apenas uma forma de avaliação do indivíduo, de sua capacidade para consentir com fins terapêuticos. Segundo eles, “existem características pessoais, circunstanciais e culturais que dificultam o estabelecimento de um único teste de abrangência universal”⁵⁰. Concluíram que é imprescindível a avaliação criteriosa da capacidade do indivíduo especialmente em duas circunstâncias: a recusa de tratamento com relação ao risco-benefício favorável e a aceitação de outro com esta relação desfavorável. Nessas situações, o indivíduo deve estar plenamente capaz de compreender as repercussões de sua decisão.

Diversas outras pesquisas foram realizadas posteriormente. A grande maioria delas aponta para que a capacidade para consentir depende de diversas variáveis, especialmente o consentimento que for obtido para a prática clínica. Assim, “as pressões de um procedimento ameaçador, tanto em termos de sofrimento físico como pelos desdobramentos que um diagnóstico desfavorável pode trazer, devem ser sempre valorizados pelos profissionais da área da saúde”. Com isso quer-se destacar o cuidado que o agente que obterá o consentimento informado deve ter em relação à situação particular da pessoa, de todas as influências e pressões psicológicas que podem induzir a resultados diferenciados em relação a outras situações.

A validade moral e legal do consentimento informado depende do indivíduo fazer suas escolhas movidas pela sua autonomia, que se adquire a partir da autodeterminação consciente. Essa autodeterminação também está intrinsecamente relacionada ao grau de informações que o indivíduo recebe e do real entendimento que ele possui destas informações e das consequências que podem advir a partir da sua decisão.

3.2 Informação

Extremamente importante também é o tipo de informação que chega ao indivíduo que vai dar o seu consentimento informado, bem como a clareza do termo em si. Diversas foram as pesquisas que apontaram deficiências nos termos de consentimento informado em virtude de falhas na comunicação, especialmente quanto à clareza das informações que dificulta o grau de entendimento pelo pesquisado ou pelo paciente.

O pesquisador deve ter o cuidado de escolher palavras que representem fielmente aquilo que se deseja expressar, sem possibilidades de emissão de duplo significado, porque isso comprometeria até mesmo a validade do consentimento dado pelo paciente. Conforme Goldim, Clotet e Francisconi, o “significado da palavra é o seu uso na linguagem”⁵¹. Isso significa que uma expressão própria do meio médico será útil somente para aquele fim, e não necessariamente para a média das pessoas, com o grau médio da população, as quais não saberiam seu real significado. O significado da palavra também pode ter a conotação de intenção⁵², ou seja, daquilo que o pesquisador quer dizer, sem, contudo, se referir expressamente a uma dada palavra. Assim, o pesquisador pode apenas comunicar sem se referir a um termo técnico que, para o médico, pode ter, inclusive, uso vulgar, comum.

Outra dificuldade pode surgir pelas diferenças de interpretação quando da aplicação do instrumento, uma vez que quem redigiu o texto não é a mesma pessoa que o aplicará, criando, assim,

divergências quanto à intenção pretendida. Isso ocorre frequentemente se essa intenção não foi compartilhada entre os aplicadores, levando a diferentes significados para o mesmo instrumento.

Essa variação de significados pode ser detectada em textos que são submetidos à tradução. Se há uma vinculação estrita ao significado literal da palavra, sem o cuidado com o conteúdo, poderão ocorrer problemas que tornem a aplicação do consentimento informado inviável. Isso pode ser facilmente detectado através do *back translation* que consiste em submeter a tradução de um texto da sua língua original para outra e, posteriormente, percorrer o caminho inverso. A preocupação da tradução literal do texto, *ipsis litteris*, poderá inviabilizar o conteúdo do texto, uma vez que as palavras podem guardar sentidos diferentes, dependendo do contexto em que são utilizadas.

Outro problema apontado diz respeito à estrutura do texto. Frases e parágrafos longos dificultam a compreensão em qualquer texto. Essas dificuldades de compreensão do texto e o grau de escolaridade têm sido objeto de estudo em diferentes países. Aplicam-se determinados índices que são modelos para pesquisadores. Os mais conhecidos são o Índice de Legibilidade de Flesch-Kincaid⁵³; o Índice de Facilidade de Leitura de Flesch⁵⁴; e o Índice de Gunning⁵⁵, utilizado para avaliar o nível de escolaridade compatível com a estrutura de texto que está sendo proposto para uma pessoa. Dentre estes índices, o mais corrente é o Flesch-Kincaid, para verificar o grau de dificuldade de leitura, utilizado especialmente pelo governo norte-americano e pelo Departamento de Defesa. É o índice adequado para verificar a compreensão de leitura de uma pessoa considerada mediana, cujos valores são compatíveis com uma escolaridade entre 6 e 10 anos de estudo.

Pelos estudos realizados, constatou-se que os textos relativos ao consentimento informado possuem um grau de dificuldade considerado alto. Um desses estudos, realizados no Brasil, avaliou seis Termos de Consentimento. "Os valores obtidos com o Índice Flesch-Kincaid variaram de 12 a 18 anos de escolaridade. O índice de Flesch, que representa o grau crescente de facilidade de leitura, em percentual, variou desde 21% até 45%. Um texto é considerado *muito difícil* quando se situa entre 0 e 30, e *difícil* entre 30 e 50. Desta forma, dois Termos apresentaram estrutura de texto considerada *difícil* e os outros quatro, estrutura *muito difícil*. A média dos Termos tem leitura considerada como sendo muito difícil."⁵⁶

Segundo o mesmo autor, ainda existe outra pesquisa em andamento, considerando 12 Termos de Consentimento utilizados em pesquisa e que apresentou dados semelhantes aos anteriores. Nessa pesquisa, o Índice Flesch apresentou valores entre 21% a 61%, com índice médio de facilidade de leitura de 41%, o que é considerado como um texto difícil, segundo o índice em questão. Já o outro índice que mede o grau de escolaridade necessário para a compreensão do texto, o Índice Flesch-Kincaid, teve valores que variaram de 10 a 22 anos de escolaridade. Salienta o autor da pesquisa que "apenas 16,6% dos habitantes da região sul do Brasil tem, no mínimo, este nível de escolaridade"⁵⁷, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o IBGE⁵⁸.

Foi ainda realizado um estudo com 156 participantes de projetos nos Estados Unidos em que se verificaram resultados semelhantes aos encontrados nas pesquisas já referidas. Nesse estudo, verificou-se que a idade de escolaridade compatível com as informações disponibilizadas no documento Termo de Consentimento era de 12 anos, o que correspondia a um percentual de apenas 27% dos entrevistados⁵⁹.

Outro estudo constatou, naquele mesmo país, que aproximadamente 90 milhões de pessoas não têm o nível de escolaridade suficiente para compreensão dos Termos de Consentimento elaborado nos Estados Unidos. O trabalho da pesquisadora Sandra Philipson e outros colaboradores chega a resultados semelhantes aos das pesquisas já descritas.⁶⁰

Restou evidenciado, pelo estudo apresentado, que o paciente deve possuir capacidade para manifestar-se acerca do tratamento ao qual será submetido. De outro lado, verificou-se que a maioria dos termos de consentimento informado elaborados é de difícil compreensão, o que inviabiliza a finalidade para o qual esse instrumento é adotado. O alto grau de escolaridade, necessário para a compreensão do termo, não pode ser um obstáculo à continuidade de utilização deste instrumento. Uma solução para esse problema pode ser a elaboração de termos com linguagem mais simples, sem a utilização de termos técnicos, bem como o apoio do paciente na compreensão do documento por pessoa idônea da rede hospitalar.

4. LIMITES AO CONSENTIMENTO INFORMADO

O consentimento livre e esclarecido, para ser válido, precisa ser disponibilizado ao paciente em nível intelectual e cultural que este possa compreender na competência, no entendimento e na voluntariedade.^{61 62} Aduz Diniz que esse consentimento livre e informado "não poderá comportar quaisquer vícios de consentimento ou sociais, nem poderá estar prejudicado por *defeitos no controle decisório*, devido ao fato de o paciente estar dominado por desejos que não quer ter, em razão de transtorno mental ou de efeito de intoxicação por substância química"⁶³.

Em determinadas situações, estando o paciente desprovido de sua plena consciência, quer temporariamente, quer indeterminadamente, ou mesmo em caso de incapacidade relativa por ser menor de idade, o médico deverá buscar o suprimento do consentimento, ou *consentimento substituto*⁶⁴, que é aquele emitido pelo representante legal da pessoa ou por familiares.

Dependendo do tipo de informação que o paciente deve receber, são utilizados três critérios: ora levando em conta o pensamento da comunidade científica; o que atende àquilo que a pessoa médica deseja saber; e o que se atém aquilo que o paciente deseja saber⁶⁵. Ainda as normas de saúde exigem que o consentimento informado tenha como requisito a elaboração pelo pesquisador principal ou pelo médico com toda a informação necessária; ser revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição; ser assinado em duas vias pelo paciente ou seu representante legal⁶⁶. Só assim o médico e sua equipe estarão autorizados a iniciar o tratamento sem incorrer em falta.

Com base nessas informações, sempre objetivando a disponibilização da informação correta ao paciente, o termo de consentimento livre e informado deverá conter os seguintes elementos essenciais: a) ter linguagem acessível; b) informar os procedimentos e terapêuticas, assim como seus objetivos e justificativas; os desconfortos e os riscos possíveis e os benefícios esperados; métodos alternativos existentes; liberdade de o paciente recusar ou retirar seu consentimento sem que se lhe aplique qualquer sanção ou que haja prejuízo para sua assistência médico-hospitalar; e, por fim, a assinatura ou identificação dactiloscópica do paciente ou de seu representante legal⁶⁷.

5. SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS

Até aqui se destacou a importância do consentimento informado como procedimento médico e ético responsável, como fator condicionante do agir do médico e de toda a sua equipe para procedimentos os mais variados, não somente para aqueles mais invasivos, como grandes cirurgias, mas também para aqueles de simples ministração de medicamentos.

Ressaltada a importância e os principais requisitos deste documento, indaga-se: existem situações em que o médico está autorizado a agir em desacordo ao disposto no consentimento informado? Poderá ele agir à revelia da autorização do paciente?

Em que pese a imprescindibilidade do consentimento informado como instrumento de expressão da autonomia da vontade do paciente em decidir a realização ou não de tratamento, bem como a natureza deste, algumas situações justificam a realização de procedimentos sem que o paciente seja ouvido. São elas:

a) necessidade inadiável de prática médica de urgência, sob pena de perigo de morte ao paciente, conforme preceitua o art. 11.3 do Código de Bioética e Deontologia Médica de Espanha, e 46 do Código de Ética Brasileiro⁶⁸, havendo a recusa do paciente, de seu representante legal ou de parente próximo. Em se caracterizando esta situação e estando em risco a saúde da pessoa, o bom senso e a prática médica exigem do profissional que este realize as intervenções que são necessárias conforme seus conhecimentos profissionais. Um exemplo típico é o das pessoas que creem nas Testemunhas de Jeová que, em virtude de convicções religiosas, recusam transfusões sanguíneas, pondo em risco suas vidas.⁶⁹

b) impossibilidade de obter o consentimento do paciente, de seu representante legal ou de familiar, dada a urgência da situação e da necessidade de atendimento imediato do paciente sob pena de risco de morte. O Código de Ética e Deontologia Médica da Espanha⁷⁰ também faz referência à prestação de informações aos familiares de menor de idade ou de pessoa incapaz. A situação se

verifica, por exemplo, se durante a realização de uma cirurgia o médico constatar que a lesão tem uma gravidade maior, ou diferente daquilo que imaginou, não poderá simplesmente suspender o tratamento para questionar o paciente ou seu familiar, devendo, logicamente, tomar as providências que o caso em particular exigir, sob pena de risco para o paciente e de responsabilidade profissional para si⁷¹. A mesma situação também poderá ser constatada pelo paciente que, em estado de inconsciência, ou por estar desacompanhado, não tem condições de exprimir sua vontade. Segundo Maria Helena Diniz, após superada a situação emergencial, o médico deverá informar os familiares ou o paciente sobre a terapia a ser seguida daí em diante⁷².

c) Situação em que o paciente não pode consentir, em função de seu estado de saúde e que leva o médico a dar informações sobre o estado clínico do paciente a familiares, representante legal ou até mesmo ao juiz. Ocorre quando o paciente está inconsciente, embora acompanhado por alguém, em caso de surdo-mudez, enfermidade mental, analfabetismo, impossibilidade de exprimir a vontade, incapacidade do doente. Em qualquer destas situações o médico deverá obter o consentimento através do representante legal do doente. Se houver conflito entre a vontade do representante legal e do representado, desde que este não tenha discernimento, deve prevalecer a vontade daquele, o representante. No entanto, havendo divergência entre a vontade do menor de 16 ou 17 anos e o seu representante legal, a questão deverá ser solucionada judicialmente.

d) Outra situação excepcional é o privilégio terapêutico que se constitui na iniciativa do médico de não comunicar ao paciente sobre um prognóstico que possa lhe causar abalo psicológico e, com isso, dificultar ou prejudicar o tratamento necessário. Ressalte-se que essa medida é excepcional, pois se o paciente tem condições psicológicas e as informações em nada lhe abalarem, o médico deve lhe passar as informações detalhadamente. Conforme o Código de Ética e Deontologia Médica, em seu Artigo 11.5, "En beneficio del paciente puede ser oportuno no comunicarle inmediatamente un pronóstico muy grave, aunque esta actitud debe considerarse excepcional con el fin de salvaguardar el derecho del paciente a decidir sobre su futuro"⁷³. A medida justifica-se pelos princípios constitucionais da beneficência e da não maleficência, que dão amparo à atitude do médico de sonegar as informações sobre o verdadeiro estado de saúde, procurando a não deterioração do estado de saúde do paciente.

e) O paciente, por fim, poderá renunciar ao direito de ser informado. É um direito que lhe assiste. Nessas condições, o médico deverá buscar entre os familiares ou representante legal, aquela pessoa em quem poderá depositar as informações e comunicar sobre o estado de saúde, tratamentos e prognósticos do paciente. É essa a pessoa que deverá autorizar a realização de tratamentos e intervenções que são necessárias ao paciente. Este fato, no entanto, deverá permanecer consignado na ficha clínica do paciente.⁷⁴

Assim, podemos concluir que o consentimento informado é o instrumento imprescindível de manifestação da vontade do paciente. E compartilhamos da ideia de Beauchamp e Childress⁷⁵, quando afirmam que o documento em si é apenas um pressuposto legal. A ideia fundamental do consentimento informado está na livre manifestação de vontade do paciente, que não tenha sofrido influência de qualquer natureza. No entanto, como vimos anteriormente, a grande maioria dos termos de consentimento elaborados são de difícil compreensão para os pacientes, em função da linguagem e da estrutura apresentadas. Sem dúvidas, esse fato se constitui num obstáculo à validade da declaração de vontade. Urge, daí, que algumas atitudes devam ser tomadas pelos profissionais que elaboram tais documentos, como a utilização de termos menos técnicos e a providência de colocar à disposição do paciente e seus familiares pessoal técnico apto a esclarecer os termos do consentimento.

Sem estas medidas, o termo de consentimento informado, principal instrumento pelo qual o paciente expressa a autonomia da sua decisão, fica eivado de vício insanável. Será, então, tão somente um instrumento pelo qual o médico toma as precauções que são importantes para que se exima de responsabilidade no futuro, carecendo da sua função principal: a escolha autônoma do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como e quando deve agir o profissional médico? A estas perguntas se deparam os profissionais da saúde quando diante de procedimentos a que devem ser submetidos seus pacientes. Em que pese a tradição hipocrática, reinante até os dias atuais, na qual o médico tem o dever de agir para

salvar vidas, a solução nem sempre é assim tão simples. Atualmente, o dever de atuação médica pressupõe obedecer a determinadas limitações, tendo em vista a vontade do paciente. Isso significa dizer que, mesmo diante dos mais simples procedimentos, é necessário obter a aprovação deste.

A necessidade deste instrumento surgiu a partir de uma nova leitura sobre as relações médico-paciente, e não apenas em face da imensa demanda de ações voltadas aos profissionais da saúde pela atuação contrária ao interesse daqueles. O que a ética médica recomenda é que o paciente seja consultado sobre os procedimentos a serem realizados, a eficácia dos tratamentos, dos prognósticos e diagnósticos que lhe são informados, bem como a clareza das informações que são repassadas aos mesmos. Supera-se o paradigma que tem o médico como principal agente da vida e saúde do paciente e o coloca na condição de instrumento humano à disposição do paciente, para que, este sim, possa avaliar os riscos e as possibilidades de um tratamento, a partir das informações que o profissional lhe repassa. A vulnerabilidade do paciente está em condição assimétrica ao do médico, que conhece os sintomas e os tratamentos. No entanto, tal assimetria, como enfatiza Bonete Perales⁷⁶, não pode justificar que o “débil” deixe de ser tratado como pessoa e sujeito moral competente.

O instrumento do consentimento informado, portanto, vem ao encontro dos interesses do paciente, com o objetivo de respeitar a sua autonomia de decisão quanto a assunto de importância para si e sua família. Esse instrumento protege, sobretudo, da fúria terapêutica, representada pela multiplicidade de tratamentos colocados à disposição do paciente, bem como de tratamentos inúteis que não representam nenhum avanço na melhoria do estado do doente ou tragam expectativa de cura. Representa o consentimento informado, assim, em instrumento de segurança de saúde para o paciente e também de segurança jurídica para o médico.

REFERÊNCIAS

20 MINUTES. Disponível em: <http://www.20min.ch/ro/print/story/17239242>. Acesso em: 17 nov. 2008.

ABBANGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BEE, Helen. **A criança em desenvolvimento**. 3. ed. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1984.

BONETE PERALES, Enrique. **Ética de la dependencia: bases Morales, debates políticos e implicaciones médicas de la ley de dependencia**. Madrid: Tecnos, 2009.

BRANCO, Maria Luísa. **A construção da autonomia moral: a contribuição da Teoria do Desenvolvimento do Ego de Jane Loevinger**. Disponível em: <http://64.233.169.132/search?q=cache:7sLP-KYS4vgJ:sebastiaonlima.googlepages.com/AutonomiaMoral-Loevinger.pdf+loevinger,+maria+lu%C3%ADza+branco&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br>. Acesso em: 1º dez. 2008.

BRASIL. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio IBGE**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/geocientifica/geo1.htm>. Acesso em: 03 dez. 2008.

BRASIL. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio IBGE**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/geocientifica/geo1.htm>. Acesso em: 03 dez. 2008.

CARTA dos Direitos Fundamentais da União Européia. Disponível em: http://64.233.169.104/search?q=cache:Y1qzidDCT5oJ:www.acidi.gov.pt/modules.php%3Fname%3DDownloads%26d_o p%3Dgetit%26lid%3D1+carta+dos+direitos+fundamentais+da+uni%C3%A1o+europeia&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=3&gl=br. Acesso em: 08 nov. 2008.

CASADO, Maria. **Materiales de bioética y derecho**. Barcelona: Cedecs Editorial, 1996.

CLOTET, Joaquim. **Bioética: uma aproximação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

Código de Ética e Deontologia Médica. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/ccdomccedm1999.html>. Acesso em: 23 mar. 2010.

CÓDIGO de Ética e Deontologia Médica. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/ccdomccedm1999.html>. Acesso em: 23 mar. 2010.

DECLARAÇÃO do Congresso Mundial de Bioética. Disponível em: <http://www.ghente.org/bioetica/giron.htm>. Acesso em: 08 nov. 2008.

DECLARACIÓN de la Asociación Médica Mundial sobre negligencia médica. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/ammmarbella5.html>. Acesso em: 06 nov. 2008.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

ESPÍNDOLA, Maria Zoê Bellani Lyra; LYRA, Vanessa Bellani. **O desenvolvimento moral em Lawrence Kohlberg**. Disponível em: http://www.marsol.ufba.br/twiki/pub/LEG/WebArtigos/moralidade_em_Laurence_Kholbeg.pdf. Acesso em: 23 jan. 2010.

GOLDIM, José Roberto. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

PIAGET, Jean. **O juízo moral na criança**. Tradução de Elzon Lenardon. São Paulo: Summus, 1994.

PITHAN, Livia Haygert. O consentimento informado como exigência ética e jurídica. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt (Coord.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

QUINTANA TRÍAS, Octavi. Bioética y consentimiento informado. In: CASADO, Maria. **Materiales de bioética y derecho**. Barcelona: Cedecs Editorial, 1996.

SANTOS, Antônio Jeová. **Dano moral na internet**. São Paulo: Método, 2001.

NOTAS

- 1 Doutoranda em "Nuevas Tendencias del Derecho Constitucional", pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Integração Latino-americana pela Universidade Federal de Santa Maria, RS e graduada em Direito pela mesma universidade; professora em tempo integral dos cursos de graduação e pós-graduação *lato sensu* em Direito da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *campus* de Santo Ângelo, RS; integrante do grupo de pesquisa em Novos Direitos na Sociedade Globalizada; pesquisadora na área de propriedade intelectual e biodireito. *E-mail*: astrid.heringer@gmail.com
- 2 PITHAN, Livia Haygert. O consentimento informado como exigência ética e jurídica. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt (Coord.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 135.
- 3 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Tradução de Luciana Pudenzi. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- 4 AMERICAN Hospital Association (1973) *apud* PITHAN, op. cit. p. 136.
- 5 ANDERSON, Richard (1999), *apud* PITHAN, op. cit. p. 136.
- 6 QUINTANA TRÍAS, Octavi. Bioética y consentimiento informado. In: CASADO, Maria. **Materiales de bioética y derecho**. Barcelona: Cedecs Editorial, 1996. p. 110.
- 7 *Apud* PITHAN, op. cit. p. 136.
- 8 DECLARACIÓN de la Asociación Médica Mundial sobre negligencia médica. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/ammmarbella5.html>. Acesso em: 06 nov. 2008.
- 9 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002. p. 162.
- 10 Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002. p. 62.
- 11 Idem, *ibidem*.
- 12 MARK A. HALL *apud* DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 610.
- 13 CARTA dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Disponível em: http://64.233.169.104/search?q=cache:Y1qzidDCT5oJ:www.acidi.gov.pt/modules.php%3Fname%3DDownloads%26d_op%3Dgetit%26lid%3D1+carta+dos+direitos+fundamentais+da+uni%C3%A1o+europeia&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=3&gl=br. Acesso em: 08 nov. 2008.
- 14 DECLARAÇÃO do Congresso Mundial de Bioética. Disponível em: <http://www.ghente.org/bioetica/giron.htm>. Acesso em: 08 nov. 2008.

- 15 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.* p. 611.
- 16 CLOTET, Joaquim. **Bioética**: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 228.
- 17 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Op. cit.*
- 18 Idem, *ibidem*.
- 19 PITHAN, Livia Haygert. O consentimento informado como exigência ética e jurídica. *In*: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt (Coord.). *Op. cit.* p. 138.
- 20 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Op. cit.* p. 163.
- 21 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.* p. 611.
- 22 GOLDIM, José Roberto. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- 23 KFURI NETO *apud* PITHAN, Livia Haygert. O consentimento informado como exigência ética e jurídica. *In*: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt (Coord.). *Op. cit.*
- 24 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Op. cit.* p. 164.
- 25 LOCH (2004) *apud* PITHAN, Livia Haygert. O consentimento informado como exigência ética e jurídica. *In*: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt (Coord.). *Op. cit.* p. 139.
- 26 J. F. Mattei, **La vie en questions**, cit.; Genival Veloso de França, *Direito médico*, cit., p. 39-40; Paulo Antonio de Carvalho Fortes, *Reflexões...*, *Bioética*, cit, p. 130; Alfredo Kraut. **Los derechos de los pacientes**, p. 160 e 165; Antonio Jeová Santos, *Dano moral*, cit., p. 287-8 e 290 *apud* DINIZ, *Op. cit.* p. 611.
- 27 GOLDIM, José Roberto; CLOTET, Joaquim; FRANCISCONI, Carlos Fernando. *Op. cit.*
- 28 HALL *apud* GOLDIM, José Roberto; CLOTET, Joaquim; FRANCISCONI, Carlos Fernando. *Op. cit.*
- 29 GOLDIM, José Roberto; CLOTET, Joaquim; FRANCISCONI, Carlos Fernando. *Op. cit.*
- 30 GOLDIM, José Roberto. **Consentimento informado**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/consinf.htm>. Acesso em: 11 nov. 2008.
- 31 WHITE BC (1994) *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.* p. 57.
- 32 GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.* p. 58.
- 33 BRASIL. Lei n. 10.404/02. **Código Civil**. São Paulo: Saraiva, 2008.
- 34 GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 35 PIAGET *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.* p. 59.
- 36 KOHLBERG *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 37 ESPÍNDOLA, Maria Zoê Bellani Lyra; LYRA, Vanessa Bellani. O desenvolvimento moral em Lawrence Kohlberg. Disponível em: http://www.marsol.ufba.br/twiki/pub/LEG/WebArtigos/moralidade_em_Laurence_Kohlberg.pdf. Acesso em: 23 jan. 2010.
- 38 KOHLBERG *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 39 KOHLBERG *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 40 GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.* p. 60.
- 41 BEE, Helen. **A criança em Desenvolvimento**. 3. ed. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1984.
- 42 BRANCO, Maria Luísa. **A construção da autonomia moral**: a contribuição da Teoria do Desenvolvimento do Ego de Jane Loevinger. Disponível em: <http://64.233.169.132/search?q=cache:7sLP-kYS4vgJ:sebastiaoilima.googlepages.com/AutonomiaMoral-Loevinger.pdf+loevinger,+maria+lu%C3%ADza+branco&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br>. Acesso em: 1º dez. 2008.
- 43 Idem, *ibidem*.
- 44 GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 45 Idem, *ibidem*.
- 46 Apesar de o assunto dizer respeito ao campo da Psicologia, interessante verificar, quanto ao tema, a decisão da britânica de apenas 13 anos (Hannah J.), que recusou uma transfusão cardíaca mesmo que isso implique a sua morte. O presidente do Comitê de Ética da Associação Médica Britânica, Doutor Tony Calland, argumentou que “uma criança como Hannah é perfeitamente capaz de tomar uma decisão deste tipo”. “Toda decisão de recusar um tratamento para prolongar sua vida é sempre difícil e pleno de emoção”. Ainda segundo o presidente da Comissão de Regras e Ética do Conselho Geral Médico, as crianças acometidas de graves doenças são “experts de sua própria doença desde muito cedo da sua própria existência”. *In*: **20 minutes**. Disponível em: <http://www.20min.ch/ro/print/story/17239242>. Acesso em: 17 nov. 2008.

- 47 PIAGET, Jean. **O juízo moral na criança**. Tradução de Elzon Lenardon. São Paulo: Summus, 1994.
- 48 KHOLBERG *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 49 GOLDIM, CLOTET e FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 50 ROTH, MEISEL e LIDZ *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 51 GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 52 ABBANGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- 53 PRICE *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 54 FLESCHE *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 55 GUNNING *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 56 GOLDIM, J. R. (1999) *apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 57 *Idem*, *ibidem*.
- 58 BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/geocientifica/geo1.htm>. Acesso em: 03 dez. 2008.
- 59 RIECKEN H. W.; RAVICH, R. Informed consent to biomedical research in veterans administration hospitals. *JAMA* 1982; 248 (3):344-8. *Apud* GOLDIM, CLOTET & FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 60 PHILIPSON S. J.; DOYLE M. A.; GABRAM, S. G. A., NIGHTINGALE, C., PHILIPSON, E. H. Informed consent for research: a study to evaluate readability and processability to effect change. **Jornal of Investigative Medicine** 1995; 43(5):459-467. *Apud* GOLDIM, CLOTET e FRANCISCONI, *Op. cit.*
- 61 HEWLETT *apud* DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.* p. 613.
- 62 Código de Ética Médica de España. Artículo 11.2. Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas.
- 63 KANTOR; PITTA, DALLARI *apud* DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.* p. 613.
- 64 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.* p. 613.
- 65 SANTOS, Antônio Jeová. **Dano moral na internet**. São Paulo: Método, 2001. p. 289.
- 66 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.* p. 613.
- 67 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.* p. 613.
- 68 Conforme o Código de Ética do Brasil: É vedado ao médico: Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, *salvo iminente perigo de vida*.
- 69 As Testemunhas de Jeová defendem as suas crenças na Bíblia, de que o sangue é um elemento sagrado e que a execução da transfusão sanguínea constitui-se numa violação de seus princípios religiosos. A questão ganha contornos mais delicados porque seus seguidores invocam direitos constitucionalmente garantidos, tais como o da autonomia da vontade e a liberdade de consciência. *In*: MARINI, 2006; PORFÍRIO, 2005; MORAES, 2004; FERREIRA FILHO, 2006; KIPPER, 1999.
- 70 Código de Ética e Deontologia Médica refere que: Artículo 11.3. Si el enfermo no estuviese en condiciones de prestar su consentimiento a la actuación médica, por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultare imposible obtener el consentimiento de su familia o representante legal, el médico podrá y deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.
- 71 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*
- 72 *Idem*, p. 615.
- 73 Código de Ética e Deontologia Médica. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/ccdomccedm1999.html>. Acesso em: 23 mar. 2010.
- 74 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*
- 75 BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Op. cit.*
- 76 BONETE PERALES, Enrique. **Ética de la dependencia**: bases morales, debates políticos e implicaciones médicas de la ley de dependencia. Madrid: Tecnos, 2009. p. 142.

Recebido em: 04/2010

Avaliado em: 04/2010

Aprovado para publicação em: 06/2010