

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em:

Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária na Saúde

CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Carla Luzia Apolinário Vicente Pimenta

Orientador:

Prof. Doutor Michel Renaud

Évora

Fevereiro 2008

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em:

Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária na Saúde

CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Carla Luzia Apolinário Vicente Pimenta

Orientador:

Prof. Doutor Michel Renaud

Évora

Fevereiro 2008

“O segredo de progredir é começar. O segredo de começar é dividir as tarefas árduas e complicadas em tarefas pequenas e fáceis de executar, e depois começar pela primeira.”

Mark Twain

RESUMO

CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

O consentimento informado, tradicionalmente perspectivado pela Bioética como uma regra decorrente do princípio da autonomia, tem evoluído significativamente nas últimas décadas, na área da saúde.

Visando identificar as particularidades do consentimento informado em Fisioterapia foi desenvolvida uma investigação qualitativa, descritiva e exploratória.

Utilizou-se uma “amostragem intencional” seleccionando académicos da área Jurídica, da Bioética e da Fisioterapia, que ao longo do seu percurso profissional dedicaram especial atenção às questões do consentimento informado, assegurando uma base “representativa”.

A recolha de informação fundamentou-se em entrevistas semi-estruturadas, e o guião desenvolvido divide-se em quatro grupos: Processo de consentimento informado em Fisioterapia; Respectivos efeitos; Incentivos e constrangimentos; Estratégias de actuação.

Após a descrição e interpretação da informação através da análise de conteúdo, procedeu-se à elaboração de um modelo explicativo do consentimento informado em Fisioterapia, numa perspectiva pluridisciplinar.

A relação existente entre o fisioterapeuta e o paciente deverá ser entendida como uma verdadeira parceria, tendo por base um sólido processo de consentimento informado.

Palavras-Chave: Consentimento Informado, Fisioterapia, Parceria; Autonomia

ABSTRACT

INFORMED CONSENT IN PHYSIOTHERAPY

The informed consent, traditionally seen by the Bioethics as a rule deriving from the principle of autonomy, has evolved significantly in the last decades in the healthcare area.

Aiming at identifying the specificities of the informed consent in Physiotherapy, a qualitative, descriptive and exploratory research has been developed.

A “representative intentional sample” of academicians from the Legal area, Bioethics and Physiotherapy was used. All of them having dedicated special attention to the informed consent issue throughout their professional careers.

The process of information collection was based on semi-structured interviews. The script used was divided in four parts: Process of informed consent in Physiotherapy; Corresponding effects; Incentives and constraints; Strategies of action.

After information description and interpretation through content analysis, a clarifying model of the informed consent in Physiotherapy has been elaborated in a pluridisciplinary perspective.

The relationship established between the physiotherapist and the patient should be understood as a true partnership based on a solid informed consent process.

Key-Words: Informed Consent, Physiotherapy, Partnership; Autonomy

AGRADECIMENTOS

No fim do percurso que conduziu à elaboração desta dissertação, gostaria de expressar os mais sinceros agradecimentos, a todos quantos me acompanharam pessoal e profissionalmente ao longo dos últimos dois anos. Em particular:

A todos os entrevistados, pela disponibilidade e colaboração demonstrada.

Ao Professor Doutor Michel Renaud por ter aceite ser orientador e pela forma sábia como me acompanhou.

Ao Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, Director do Mestrado, pelo inextinguível apoio que sempre me prestou desde o início do curso.

Às minhas colegas Dália Nogueira e Laura Sá Torres pela paciência de me terem ouvido e pelas boas sugestões que me apresentaram.

À Anabela Correia, Paula Cardoso e Paula Pinto pela companhia e amizade constantes.

Aos meus pais, por todo o apoio e por tão bem me terem substituído em tantas tarefas.

Finalmente um pedido de desculpa pelas ausências e uma dedicatória especial para o meu marido (pela sua presença, compreensão e cumplicidade) e para os meus filhos – **Rodrigo** e **Carolina** – que são os “projectos” mais importantes da minha vida.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	9
ÍNDICE DE QUADROS	10
0. INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1. DA BIOÉTICA GERAL AO CONSENTIMENTO INFORMADO.....	14
1.1.1. Valores	14
1.1.2. Princípios	15
1.1.3. Regras.....	17
1.2. ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO	18
1.2.1. Definição de Conceitos	18
1.2.2. Requisitos de Validade do Consentimento	21
1.2.2.1. Autonomia.....	22
1.2.2.2. Informação	23
1.2.2.3. Competência.....	25
1.2.2.4. Compreensão	26
1.2.3. Modalidades da Declaração do Consentimento	27
1.2.4. Fontes Normativas do Consentimento Informado em Portugal	28
1.2.5. Constrangimentos à Implementação do Consentimento Informado ...	30
1.3. DO CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA	31
1.3.1. A Necessidade do Consentimento em Fisioterapia.....	32
1.3.2. A Especificidade do Consentimento em Fisioterapia	33
1.3.3. O Fisioterapeuta e as Equipas de Saúde.....	35
1.3.4. O Fisioterapeuta e o Paciente.....	37
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS	39
2.1. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	39
2.2. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	40
2.3. OBJECTIVOS	41
2.3.1. Objectivo geral	41
2.3.2. Objectivos específicos.....	41
2.4. PROCEDIMENTOS PARA RECOLHA DA INFORMAÇÃO.....	41
2.5. UNIDADE DE ENTREVISTADOS.....	46
2.6. PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO.....	49
3. PERSPECTIVAS PLURIDISCIPLINARES SOBRE O CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA.....	50
3.1. O PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA	50
3.1.1. Definições/Grau de Conhecimento	50
3.1.2. Operacionalização	52
3.1.3. Trabalho em equipa.....	54

3.2. EFEITOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA.....	55
3.2.1. Vantagens.....	55
3.2.2. Desvantagens.....	56
3.3. INCENTIVOS E CONSTRANGIMENTOS	57
3.3.1. Incentivos	57
3.3.2. Obrigatoriedade.....	59
3.3.3. Obstáculos/Constrangimentos.....	60
3.4. ESTRATÉGIAS DE ACTUAÇÃO	61
3.4.1. Combate aos obstáculos	62
3.4.2. Validade	64
3.4.3. Autonomia.....	65
3.4.4. Informação	65
3.4.5. Competência.....	66
3.4.6. Compreensão.....	67
3.4.7. Impossibilidade	68
3.4.8. Dissentimento.....	70
3.4.9. Menor	71
3.4.10. Incapaz	72
3.4.11. Ensino.....	74
3.4.12. Investigação.....	74
4. CONCLUSÕES	76
4.1. O PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA	76
4.2. EFEITOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA.....	79
4.3. INCENTIVOS E CONSTRANGIMENTOS	81
4.4. ESTRATÉGIAS DE ACTUAÇÃO	83
4.4.1. A Validade do Consentimento	83
4.4.2. Situações Especiais	85
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
6. BIBLIOGRAFIA	90
ANEXOS	98
Anexo 1 - Declaração de Princípios Éticos	
Anexo 2 - Padrões de Prática	
Anexo 3 - Guião da Entrevista	
Anexo 4 - Pedido de Participação no Estudo	
Anexo 5 - Declaração de Consentimento Informado	
Anexo 6 - Pedido de Confirmação da Exactidão dos Dados Recolhidos na Entrevista	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

CDHB – Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direcção Geral da Saúde

Prof. – Professor

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

WCPT – World Confederation for Physical Therapy

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Dimensões/Questões sobre o Processo de Consentimento Informado em Fisioterapia	43
Quadro 2	Dimensões/Questões sobre os efeitos do Consentimento Informado em Fisioterapia	44
Quadro 3	Dimensões/Questões sobre Incentivos e Constrangimentos	44
Quadro 4	Dimensões/Questões sobre Estratégias de Actuação.....	45
Quadro 5	Características dos Elementos Constituintes da Unidade de Entrevistados.....	47
Quadro 6	Data, Local e Duração das Entrevistas	48
Quadro 7	Dimensão: Definições/Grau de Conhecimento. Categoria: Informação	51
Quadro 8	Categorias e Ocorrências sobre as Definições e o Grau de Conhecimento	52
Quadro 9	Categorias e Ocorrências sobre a Operacionalização	53
Quadro 10	Dimensão: Operacionalização. Categoria: Celebração da Parceria	54
Quadro 11	Categorias e Ocorrências sobre o Trabalho em Equipa	55
Quadro 12	Categorias e Ocorrências sobre as Vantagens	56
Quadro 13	Categorias e Ocorrências sobre as Desvantagens	57
Quadro 14	Dimensão: Incentivos. Categoria: Institucionais	58
Quadro 15	Categorias e Ocorrências sobre os Incentivos	58
Quadro 16	Dimensão: Obrigatoriedade. Categoria: Sim	59
Quadro 17	Categorias e Ocorrências sobre a Obrigatoriedade	60
Quadro 18	Categorias e Ocorrências sobre os Obstáculos	61
Quadro 19	Categorias e Ocorrências sobre o Combate aos Obstáculos	62
Quadro 20	Dimensão: Combate aos Obstáculos. Categoria: Ensino/Formação	63
Quadro 21	Categorias e Ocorrências sobre a Validade	64
Quadro 22	Categorias e Ocorrências sobre a Autonomia	65
Quadro 23	Categorias e Ocorrências sobre a Informação	66
Quadro 24	Categorias e Ocorrências sobre a Competência	67
Quadro 25	Categorias e Ocorrências sobre a Compreensão	68

Quadro 26	Dimensão: Impossibilidade. Categoria: Transferência de Responsabilidade	69
Quadro 27	Categorias e Ocorrências sobre a Impossibilidade	70
Quadro 28	Categorias e Ocorrências sobre o Dissentimento	71
Quadro 29	Categorias e Ocorrências sobre o Menor	72
Quadro 30	Categorias e Ocorrências sobre o Incapaz	73
Quadro 31	Dimensão: Incapaz. Categoria: Tentar Manifestação de Vontade	73
Quadro 32	Categorias e Ocorrências sobre o Ensino	74
Quadro 33	Categorias e Ocorrências sobre a Investigação	75
Quadro 34	Mapa Perceptual: O Processo de Consentimento Informado em Fisioterapia	78
Quadro 35	Mapa Perceptual: Efeitos do Consentimento Informado em Fisioterapia	80
Quadro 36	Mapa Perceptual: Incentivos e Constrangimentos ao Consentimento Informado em Fisioterapia	82
Quadro 37	Mapa Perceptual: Validade do Consentimento Informado em Fisioterapia	84
Quadro 38	Mapa Perceptual: Situações Especiais do Consentimento Informado em Fisioterapia	86

0. INTRODUÇÃO

Esta dissertação, realizada no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, ministrado em parceria entre a Universidade de Évora e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (DR – II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002), na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde, é subordinada ao tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”.

O avanço tecnológico, a evolução do conceito de saúde e as alterações dos modelos de intervenção, vieram contribuir para que os dilemas éticos e as questões jurídicas, que surgem nas profissões da saúde, se tenham modificado, colocando as temáticas relacionadas com o consentimento informado em lugar de destaque.

O consentimento informado é tradicionalmente perspectivado pela bioética como uma regra decorrente do princípio da autonomia e tem apresentado um notável desenvolvimento na medicina. Contudo, deve-se ter presente que os seus fundamentos, são válidos para todos os profissionais de saúde.

Considerando o enquadramento jurídico do fisioterapeuta, o seu modelo de actuação e as suas regras de conduta deontológica, parece lógico e vital falar de consentimento informado em fisioterapia

Esta investigação tem como objectivo geral conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia, considerando as suas vertentes ética, deontológica e jurídica.

Para além desta introdução, a estrutura deste relatório compreende outros cinco capítulos e a bibliografia consultada.

O enquadramento teórico (capítulo 1) contém uma síntese da informação recolhida na pesquisa bibliográfica efectuada e permite enquadrar a problemática em estudo, partindo de conceitos da bioética geral e terminando na especificidade do consentimento informado em fisioterapia.

No capítulo dois são descritas e justificadas as opções metodológicas que orientaram esta investigação.

Através da descrição e interpretação da informação recolhida, analisa-se as perspectivas pluridisciplinares sobre o consentimento informado em fisioterapia (capítulo 3).

O capítulo quatro compila as conclusões resultantes de uma avaliação da informação recolhida, tentando articular a teoria com os resultados do estudo.

Finalmente são apresentadas algumas considerações finais (capítulo 5) fundamentadas numa reflexão global de todas as etapas percorridas no processo de investigação desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. DA BIOÉTICA GERAL AO CONSENTIMENTO INFORMADO

1.1.1. Valores

O objectivo principal da bioética centra-se na definição de limites consensuais para a ciência, surge como uma consciência renovada do dever no contexto de um acelerado progresso biotecnológico (Nogueira, Loureiro e Silva 2005).

O desenvolvimento de novas tecnologias coloca à disposição dos profissionais de saúde um maior leque de estratégias de intervenção, surgindo a necessidade de analisar tanto as questões éticas prevalentes como as emergentes, já que a finalidade do juízo ético é orientar e guiar a prática, na difícil tarefa da deliberação e da tomada de decisão.

A definição de limites, proposta pela bioética, acarreta repercussões tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes, na medida em que influencia os códigos deontológicos dos diferentes profissionais e incentiva a abordagens mais humanizadas nos cuidados de saúde.

Patrão Neves (2001:20) considera a bioética como “um dos novos saberes da contemporaneidade que mais rápida e avassaladoramente tem evoluído”, segundo Nunes (2002) esta evolução acompanha a evolução geral da cultura e da sociedade.

No entanto sempre existiu e existe consenso sobre o valor primordial a defender: o da dignidade humana (Osswald 2001), cujo reconhecimento constitui o fundamento da liberdade, da paz e da justiça (Jorge 2004).

O respeito pela dignidade exige que os interesses da pessoa humana, nomeadamente os que estão directamente relacionados com a vida e a saúde, se sobreponham aos interesses da ciência e da sociedade.

Antunes (1998:13) relembra que “se o conceito de dignidade humana serve de referencial normativo a todo o tipo de intervenção no homem, tanto na esfera política como social, a prestação de cuidados de saúde não podia fugir a esta realidade”.

Nos serviços de saúde, tal como refere a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, o valor particular de cada pessoa deve ser respeitado no acolhimento, no tratamento e na orientação dos doentes (DGS 2006).

Actualmente, é aceite e reconhecido por todos que, a sociedade está em constante mudança e que a globalização desempenha um papel importante na homogeneização e massificação dos cuidados de saúde. É essencial que as mudanças na prestação de cuidados de saúde, quer sejam ideológicas ou tecnológicas, estejam de acordo com o respeito pela dignidade humana, já que este está na “(...) base de construção de todos os direitos e liberdades fundamentais do cidadão” (Mariz 2005:21).

1.1.2. Princípios

Os princípios clássicos da bioética, completados pelos dados mais recentes sobre este assunto, são os idealizados por Childress e Beauchamp (1994): princípio da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça.

O princípio da autonomia, também descrito por alguns autores como o “princípio da liberdade” exige que as decisões pessoais sejam verdadeiramente autónomas e livres (Cabral 1996) sem qualquer tipo de imposições ou coacções externas, limitações e/ou incapacidades pessoais.

Ramsey refere que os profissionais de saúde devem de orientar a sua intervenção de modo a estimular um nível de independência do paciente, através da partilha de conhecimentos que promovam capacidades e evitem perpetuar a dependência (Thompson, Melia e Boyd 2004).

A aplicação prática deste princípio é um dos factores responsáveis pelas mudanças na relação existente entre os profissionais de saúde e os pacientes, a que se tem assistido nas últimas décadas (Hope, Savulescu e Hendrick 2003), na

medida em que “em função do maior ou menor respeito pela autonomia, podem distinguir-se vários tipos de relação” (Ramos 2003:18).

O princípio da não maleficência relaciona-se com a exigência de não fazer mal a outrem (Cabral 1996), de forma intencional ou negligente (Antunes 1998). Pressupõe sempre uma avaliação cuidadosa das razões justificativas dos males causados, relacionando-as com os benefícios conseguidos.

De acordo com alguns autores, o princípio da beneficência inclui o da não maleficência (Cabral 1996), visto que para a promover o bem, deve-se obrigatoriamente evitar e remover o mal.

O princípio da justiça exige que qualquer procedimento ou acção pessoal possa ser generalizado. Por esta razão alguns autores descrevem-no como o princípio constitutivo da universalidade (Thompson, Melia e Boyd 2004) ou princípio da justiça distributiva (Cabral 1996; Antunes 1998).

Estes princípios são aceites como pilares estruturais da ética nos cuidados de saúde, no entanto, tal como refere Cabral (1996:57) “(...) eles são indiscutíveis, mas (...) só se tornam operacionais na medida em que fornecem conteúdos materiais”. Antunes (1998:14) considera-os como “(...) regras práticas de actuação, na dependência estrita da dignidade da pessoa humana”.

De um modo geral, estes princípios são do conhecimento dos profissionais de saúde, no entanto pode existir a necessidade de adaptação de acordo com as competências específicas de cada profissional, com o paciente em questão e o contexto envolvente, mas jamais deverão ser negligenciados.

Desde a publicação dos livros de Childress e Beauchamp (1994) houve progressos nos princípios da bioética, tal como se observa numa leitura atenta da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, nomeadamente a insistência sobre as consequências provindo das vulnerabilidades do paciente (Silva 1997), que podem e devem enriquecer consideravelmente os quatro pilares enunciados.

1.1.3. Regras

O consentimento informado pode ser considerado como uma regra para a aplicação prática do respeito pelo princípio da autonomia do paciente (Jonsen, Siegler e Winslade 1998), que se baseia obviamente no conceito de dignidade humana (Tschudin 2003).

Os profissionais de saúde devem ter presente que a obtenção do consentimento é “um diálogo racional entre duas pessoas autónomas que decidem livremente” (Serrão 1996:80) e que o princípio da autonomia implica “promover quanto possível comportamentos autónomos por parte dos pacientes, informando-os convenientemente, assegurando a correcta compreensão da informação ministrada e a livre decisão” (Cabral 1996:54).

Como defendem Childress e Beauchamp (1994) o consentimento informado desempenha um papel essencial para legitimar a actuação dos profissionais de saúde, logo deverá ser encarado com um processo constante nos cuidados de saúde e não ser considerado dispensável.

Dias Pereira (2004:250) entende o consentimento informado como uma “autorização para a realização de uma acção fáctica, que deve ser qualificada como um acto jurídico *stricto sensu*, de natureza quase negocial”.

A DGS (1998) considera que a sensibilização dos profissionais de saúde sobre as novas tendências conceptuais da sua relação com os pacientes é um imperativo ético, baseado em direitos humanos fundamentais.

Para além de ser considerado como uma regra, “o consentimento esclarecido, informado, é por si mesmo, um dever moral” (Filipe 2004:52), porque “respeitar a autonomia do doente e o seu direito a deliberar implica comunicar-lhe a verdade na verdade de um encontro, implica facilitar-lhe a procura do seu melhor bem, implica ainda não o abandonar no momento difícil da decisão” (Almeida 2003:8).

Os pareceres e recomendações produzidas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) são ilustrativos da crescente importância atribuída ao consentimento informado na sociedade portuguesa. De facto, dos 49 documentos elaborados e divulgados pelo CNECV, desde 1997, 27 fazem

referência às questões do consentimento informado, em temas tão diversificados como a objecção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos; a obrigatoriedade de exames médicos, nomeadamente os testes de SIDA; a reprodução medicamente assistida; a interrupção voluntária da gravidez; o ensino e a investigação científica; a protecção jurídica das invenções biotecnológicas; os transplantes de tecidos e órgãos; a utilização de determinados fármacos e os cuidados de saúde relacionados com o final da vida (CNECV 2006).

A leitura e análise destes documentos permite verificar a complexidade do consentimento informado, esta regra está para além da prestação de cuidados de saúde, é essencial também em situações de ensino e investigação, deve ter um peso significativo na esfera relacional dos diferentes profissionais de saúde entre si e nas suas relações com os pacientes e comunidade em geral.

1.2. ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO

1.2.1. Definição de Conceitos

Antes de abordar a questão principal deste trabalho – o consentimento informado em fisioterapia – é necessário definir conceitos, ponderando tanto a perspectiva ética como a jurídica, que são indissociáveis para a análise desta problemática.

Vasta é a bibliografia encontrada sobre este assunto, é um tema actual e tal como afirma Guilherme de Oliveira “(...) o consentimento informado vai ser uma dor de cabeça para os profissionais de saúde, nos próximos anos. Há muitas normas legais a falar dele e há pouca tradição de o praticar (...)” (Vaz Rodrigues 2001:5).

Como referido anteriormente, as questões relacionadas com o consentimento informado vieram modificar a relação entre os profissionais de saúde e o paciente, este passa a ter uma participação activa e é aceite como uma

pessoa autónoma e livre, estabelecendo-se assim uma relação de reciprocidade. Estas modificações estão associadas à evolução dos modelos de actuação em saúde, alternativos ao modelo biomédico, que se apoiava numa perspectiva biológica redutora (Reis 1998).

Tal como refere Moreno (2004:253) “se existe algum campo em que o Juramento Hipocrático não abrange os conceitos modernos, é o do papel do doente na tomada de decisão (...) A decisão de proclamar ao doente o diagnóstico, a terapêutica e seus riscos, como o prognóstico, constitui hoje um código de entendimento que passa por todos os profissionais de saúde”.

A decisão clínica passa a ser condicionada por vários factores. Vaz Carneiro (2003) considera que estes condicionantes podem ser divididos em três grupos:

1. A relação com o paciente, que engloba os factores culturais, as crenças individuais, o nível educacional, as expectativas reais ou imaginárias;
2. A evidência científica, nomeadamente as provas científicas, os dados do paciente, a experiência empírica e os estudos ou ensaios clínicos;
3. Constrangimentos relacionados com as políticas de saúde, a legislação específica, os financiamentos e a necessidade de definir prioridades.

Associada às mudanças legislativas e/ou processuais surge, assim, uma mudança cultural, que é necessariamente mais lenta e não isenta de resistência por parte de alguns profissionais de saúde defensores do paternalismo médico.

Mas do que se fala afinal, quando se utiliza o termo consentimento informado?

Serrão (1996:79) afirma que “o consentimento – que melhor seria designar por assentimento ou concordância – traduz o respeito pela autonomia da pessoa doente no diálogo com o médico”, permitindo assim o respeito pelo primeiro princípio ético – a autonomia; devendo, no entanto, toda a actuação em saúde respeitar os outros três princípios – a beneficência, não maleficência e justiça distributiva.

Por outro lado, Jonsen, Siegler e Winslade (1998:55) defendem que o “consentimento informado é definido como a livre aceitação da intervenção médica por parte do doente, após adequada exposição pelo médico da natureza da

intervenção, seus riscos e benefícios”, considerando-o como o veículo usual para a expressão das preferências do paciente e a aplicação prática do respeito pela sua autonomia.

De acordo com Vaz Rodrigues (2001), o consentimento resulta de uma manifestação de vontade livre, actual e interactiva.

Dias Pereira (2004:56) considera o “consentimento informado um instrumento que permite, para além dos interesses e objectivos médico-terapêuticos, incrementar o respeito dos aspectos individuais e volitivos do paciente”.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS 2006) refere que estes tem direito de decidir, de forma livre e esclarecida, se aceitam ou recusam qualquer tratamento, intervenção, participação em investigação ou ensaio clínico, podendo alterar a sua decisão, em qualquer momento. Pretende-se, deste modo assegurar e estimular o direito à autodeterminação.

O direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde “constitui uma das mais importantes dimensões da protecção da integridade pessoal e da liberdade do indivíduo, na medida em que através do seu exercício este consente ou recusa a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta” (Melo e Nunes 2006:18).

É importante não esquecer que, tal como nos refere Renaud (2004:44), “a liberdade de consentir implica portanto a liberdade de dizer não”.

Em relação à recusa perante um procedimento proposto ou dissentimento, como alguns autores preferem chamar, este pode tomar quatro formas distintas (Vaz Rodrigues 2001):

1. Dissentimento prévio: surge perante a informação relacionada com o procedimento proposto;
2. Dissentimento posterior: é a revogação da vontade anteriormente manifestada;
3. Dissentimento total ou radical: o paciente repudia por completo os procedimentos propostos pelo profissional de saúde;

4. Dissentimento parcial: convive com o consentimento, significa que o paciente exerce a sua autodeterminação em relação aos procedimentos propostos, aceitando alguns e recusando outros.

Em qualquer dos casos, a decisão do paciente deve ser respeitada, garantindo, no entanto, que este está consciente das consequências e riscos daí resultantes. Face à recusa de um determinado procedimento, os profissionais de saúde não deverão abandonar o paciente, mas sim analisar conjuntamente alternativas possíveis.

1.2.2. Requisitos de Validade do Consentimento

Para que o consentimento seja considerado válido existem requisitos que têm que ser cumpridos e vários são os autores que escreveram sobre este tema.

Childress e Beauchamp (1994), defendem que no âmbito da obtenção do consentimento informado, uma decisão só poderá ser respeitada se o paciente possuir capacidade para compreender a informação transmitida, for capaz de fazer um julgamento sobre essa informação, construir uma resposta e comunicá-la livremente ao profissional de saúde. Estes autores agrupam estes requisitos de validade em três componentes fundamentais: a competência e a voluntariedade são consideradas como pré-condições; os elementos relativos à informação englobam necessariamente a comunicação da informação, a recomendação de um plano e a sua compreensão; por último os elementos do consentimento são subdivididos em decisão e autorização.

Cabral (1996) refere que a competência, a informação, a compreensão e a voluntariedade são pressupostos ou condições prévias do consentimento informado, pressupostos ou condições que também considera como critérios que permitem avaliar se foi respeitado o princípio da autonomia.

De acordo com Lorda e Gutiérrez (2001) os elementos normativos do consentimento informado compreendem a existência de um processo contínuo, voluntariedade, informação suficiente e compreensível, a capacidade do paciente e a deliberação. Para a aplicação prática do consentimento, estes autores, sugerem a

utilização de estratégias como a entrevista clínica, o suporte emocional e a relação de ajuda; protocolos para a avaliação da capacidade e formulários escritos, a serem utilizados unicamente como auxiliares da comunicação oral.

Para Hope, Savulescu e Hendrick (2003) existem três critérios que são essenciais para um consentimento válido: a informação, a competência e a voluntariedade livre de coerção.

Para além do referido anteriormente Vaz Rodrigues (2001) acrescenta a necessidade de respeito pelos bons costumes e pelo princípio da ordem pública, na perspectiva de estar de acordo com o que estabelece o *Código Civil*, nos seus artigos 340º, nº2 [“... o consentimento do lesado não exclui (...) a ilicitude do acto, quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes”.] e 81º, nº1 (“toda a limitação voluntária ao exercício dos direitos de personalidade é nula se for contrária aos princípios de ordem pública”).

Da análise das múltiplas fontes de informação, evidenciam-se quatro conceitos que de forma unânime são considerados requisitos de validade do consentimento: a autonomia, a informação, a competência e a compreensão.

1.2.2.1. Autonomia

A autonomia é para Singer (2000) a capacidade de escolher, fazer e actuar segundo as suas próprias regras, definição na verdade bastante pobre quando referida à reflexão filosófica sobre este conceito, por exemplo desde o Século XVIII.

A autonomia implica obviamente a voluntariedade, e neste caso específico, implica “liberdade do consentimento, incompatível com qualquer forma de coacção ou manipulação” (Cabral 1996:55).

A expressão da vontade individual relaciona-se com o conceito de liberdade de decisão. O paciente não deverá ser alvo de influências exteriores, nomeadamente de forças manipuladoras ou coercivas (Antunes 1998).

1.2.2.2. Informação

Este requisito de validade coloca frequentemente problemas e dúvidas aos profissionais de saúde. É essencial determinar de uma forma consciente qual a informação a ser fornecida, com quem partilhá-la e qual o momento oportuno para a sua revelação.

Parente (2004:9) afirma que “a questão da informação aos doentes tem-se revelado um intrincado novelo em que se entrelaçam, sob o peso da tradição, pré-conceitos, medos, conformismos e, infelizmente, poucas ideias claras, que perturbam o acto de pensar, viciam o raciocínio e enviesam as conclusões”.

No que diz respeito à adequação da informação fornecida a “tendência legal é estabelecer como norma aquilo que um doente razoável precisa conhecer para fazer opções racionais” (Jonsen, Siegler e Winslade 1998:55), ficando os profissionais de saúde com a responsabilidade de lidar com expressões tão subjectivas, tendo de julgar o que é um doente razoável e avaliar se as opções foram realmente racionais atendendo à sua envolvente.

De acordo com Elizari (1996) e Dias Pereira (2004) existem três critérios subjacentes à informação a dar ao paciente: o profissional ou critério do médico razoável, onde a informação a fornecer é extensa e pormenorizada; o médio, não profissional ou critério do paciente razoável que apenas se comunica o que o paciente pretende e necessita saber para compreender a sua situação e o critério subjectivo que tem como referência um paciente concreto, os seus desejos e capacidades.

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina refere no artigo 5º que a informação dada previamente ao consentimento deve ser “adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como quanto às suas consequências e os seus riscos” (Silva 1997:39). Caso existam, os profissionais de saúde, deverão também comunicar aos pacientes as alternativas possíveis e os custos associados.

A informação a transmitir ao paciente deverá ser realizada através de uma linguagem acessível, que lhe seja familiar, não utilizando demasiada terminologia

técnica (Antunes 1998) e o seu conteúdo tem que ser adaptado ao paciente em causa, seu estado de saúde, idade e situação clínica.

Com a evolução do conceito de consentimento informado revelar a verdade é indispensável, logo deve-se sempre comunicar com veracidade e as mensagens transmitidas devem estar de acordo com os factos disponíveis a cada momento.

A informação escrita pode ser utilizada como estratégia adicional, mas jamais de forma isolada. Infelizmente ainda é prática em alguns serviços de saúde a solicitação da assinatura dos pacientes em formulários pré-impresos, que são genericamente nulos porque não provam a existência de um consentimento esclarecido.

Da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS 2006) destacam-se quatro direitos que são elucidativos do tipo de informação a fornecer aos pacientes. Este documento refere que o paciente tem direito a ser informado sobre os serviços de saúde existentes (suas competências e níveis de cuidados) e sobre a sua situação de saúde, tem ainda direito à confidencialidade de toda a informação clínica e a tomar conhecimento dos dados registados no seu processo clínico.

Lorda e Carro (1993) preconizam que a informação deve ser dividida em oito pontos:

1. Descrição pormenorizada da intervenção proposta e seus objectivos;
2. Riscos e efeitos colaterais possíveis;
3. Benefícios da intervenção a curto, médio e longo prazo;
4. Alternativas possíveis e critérios que levaram a optar pela intervenção proposta;
5. Evolução clínica provável face à eventualidade de não se realizar qualquer tipo de intervenção;
6. Mostrar disponibilidade para ampliar a informação fornecida e para esclarecer qualquer dúvida actual ou futura;
7. Relembrar ao paciente que tem liberdade para reconsiderar a decisão tomada;
8. Custos associados a todo o processo.

De acordo com estes autores, se os profissionais de saúde utilizarem esta fórmula, podem estar certos que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, forneceram a informação necessária ao paciente para uma decisão consciente e esclarecida.

Em Portugal não existe legislação que fixe os termos em que se deve prestar a informação, no entanto, tal como refere Oliveira (1999:66-67), “esta flexibilidade, ditada pela ausência de modo formal imposto por lei, não pode deixar de garantir que a informação seja suficiente, para que o consentimento se possa considerar esclarecido”.

Na literatura consultada é frequente que a abordagem a esta questão seja realizada pela informação a fornecer, o que é obviamente importante, no entanto e tal como refere a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, no seu artigo 10º “qualquer pessoa tem direito a conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Contudo, a vontade da pessoa em não ser informada deverá ser respeitada” (Silva 1997:48).

Compete ao profissional de saúde averiguar as causas que estão na base desta vontade, de modo a perceber se o paciente não pretende qualquer tipo de informação ou se apenas dispensa a informação relacionada com determinados factores (como por exemplo, o prognóstico provável).

1.2.2.3. Competência

Pode definir-se competência como a capacidade de decidir livremente. É habitual considerar-se que um adulto consciente possui esta capacidade, “pertencendo o ónus da prova a quem a negue” (Cabral 1996:54).

Nos cuidados de saúde, o julgamento sobre a competência ou capacidade de um paciente, distingue o grupo de indivíduos cujas decisões deverão ser respeitadas, daqueles que necessitam de um representante que substitua a sua vontade (Antunes 1998).

Para determinar a capacidade de decisão dos seus pacientes, os profissionais de saúde devem estabelecer uma conversa vulgar com eles, observar o seu comportamento, falar com os outros elementos da equipa de saúde e com os familiares ou amigos (Jonsen, Siegler e Winslade 1998).

No caso de menores de idade, o consentimento deve ser obtido junto dos pais ou tutores, não contrariando a directiva da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina cujo nº2 do artigo 6º afirma que “a opinião do menor deve ser tida progressivamente em consideração, em proporção à sua idade e grau de maturidade” (Silva 1997:42).

Em situações de doença mental, o paciente pode reunir condições para dar o seu consentimento informado ou possuir representantes legais, junto dos quais se deve proceder à sua obtenção.

A circular informativa da DGS (1998) sobre o consentimento informado e esclarecido, baseia-se no artigo 38º do *Código Penal* para definir que o doente é competente desde que possuidor do discernimento necessário para avaliar o sentido do consentimento no momento em que o presta. Acrescenta ainda que no caso dos incapazes e das crianças até aos catorze anos, este direito será exercido pelo representante legal.

Sempre que o profissional de saúde esteja perante um paciente sem capacidade de decisão e na ausência de representantes legais deve agir de acordo com as *leges artis* e o melhor interesse do paciente (Antunes 1998, Vaz Rodrigues 2001). Considerando-se *leges artis* como o conhecimento sobre os procedimentos éticos e científicos disponíveis e sua correspondente aplicação prática de acordo com a oportunidade, a idoneidade dos meios e o escopo exigível.

1.2.2.4. Compreensão

Deverá ser averiguado se o interessado entendeu a informação que lhe foi fornecida (Antunes 1998).

Os profissionais de saúde deverão ter presente que a compreensão é uma capacidade com grande variação interpessoal, e que é sua função assegurar que a informação transmitida foi correcta e completamente compreendida.

Só é possível considerar que a informação transmitida foi compreendida quando o paciente acredita que está apto a aceitar ou recusar determinado procedimento proposto, porque sente ter adquirido os conhecimentos necessários para a sua decisão através do diálogo com o profissional de saúde (Dias 2003).

1.2.3. Modalidades da Declaração do Consentimento

Nos cuidados de saúde o processo de consentimento informado ocorre em variadas situações, o que por vezes exige modalidades diferentes para a sua obtenção.

O consentimento efectivo é o que melhor traduz a manifestação de vontade do paciente. Pode ser expresso de forma oral (testemunhado e/ou confirmado) ou documentado (escrito pelo paciente, por testemunho de terceiros ou recorrendo a outros meios de registo).

Quando os requisitos de validade do consentimento não podem ser cumpridos, parcial ou totalmente, outras estratégias terão que ser aplicadas, respeitando sempre as boas práticas e indo de encontro às necessidades específicas do paciente em causa.

O consentimento tácito é expresso passivamente e por omissão (Childress e Beauchamp 1994); é deduzido dos factos.

O consentimento implícito é deduzido pelas acções (Childress e Beauchamp 1994) ou comportamentos do paciente.

O consentimento presumido é baseado no que se conhece do paciente em causa e é similar ao consentimento implícito (Childress e Beauchamp 1994). O artigo 39º do *Código Penal Português* refere no nº 1 que “ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido”, e no nº 2 que “há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (Antunes 1998:24).

O consentimento presumido pode ser entendido como a vontade hipotética do paciente, no entanto alguns autores são muito cépticos sobre esta modalidade de consentimento e, tal como refere Andrade (2004:132), consideram que pode “representar o triunfo da heteronomia sobre a autonomia”.

Para além destas modalidades de consentimento também podem existir, embora pouco frequentes, *directivas antecipadas* que são “instruções que uma pessoa dá antecipadamente, relativas aos tratamentos que deseja ou (mais

frequentemente) que recusa receber, para o caso de se tornar incapaz de exprimir as suas vontades ou de tomar decisões por e para si própria” (Kenis 2003:235). As directivas antecipadas são normalmente realizadas através de um testamento do paciente (também denominados de “testamento de vida”) ou de nomeação de um procurador de cuidados de saúde (Melo e Nunes 2006).

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina também prevê este tipo de situação, e refere no seu artigo 10º que “os desejos previamente expressos, (...) por um paciente que não esteja, no momento da intervenção, em condições de exprimir a sua vontade deverão ser tidos em consideração” (Silva 1997:46).

Sempre que possível, os profissionais de saúde deverão obter um consentimento efectivo junto dos pacientes, para a sua intervenção específica. Em circunstâncias especiais que impossibilitam este processo, a atitude profissional e as estratégias seleccionadas terão que estar de acordo com o respeito pela dignidade e autonomia do paciente.

1.2.4. Fontes Normativas do Consentimento Informado em Portugal

Na *Constituição da República Portuguesa (CRP)* está consagrado o direito à protecção da saúde, que assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade (DGS 2006). Os direitos mais específicos encontram-se definidos no vasto quadro legislativo que abrange os cuidados de saúde.

As fontes normativas do consentimento informado encontram-se dispersas por diferentes ramos do direito (Dias Pereira 2004; Vaz Rodrigues 2001):

- No direito constitucional – Nomeadamente através da CRP, enquanto dimensão do direito à integridade pessoal;¹
- No direito internacional – A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina tem o consentimento informado como um dos princípios fundamentais;²

¹ O nº 1 do artigo 25º da CRP afirma que “a integridade moral e física das pessoas é inviolável”

- No direito penal – O *Código Penal Português* impõe o dever de esclarecimento³ e afirma que o consentimento, para ser relevante, deve igualmente ser livre e esclarecido⁴;
- No direito civil – Consagrado no direito geral da personalidade⁵ e também por referir a existência de obrigação de informação⁶; não esquecendo que o consentimento apenas retira ilicitude ao acto, desde que não contrarie uma proibição legal ou os bons costumes⁷;
- Legislação de direito da saúde – Tal como referido no estatuto dos utentes da Lei de Bases da Saúde, estes tem direito a ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado⁸;
- Defesa do consumidor – Determina um direito a indemnização pelos danos causados por falta de informação, informação insuficiente, ilegível ou ambígua⁹;
- No plano deontológico – As normas deontológicas das diversas profissões da área da saúde, estão de acordo com a legislação em vigor. Tanto o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, o Estatuto dos Enfermeiros, o Estatuto dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica¹⁰ e os Padrões de Prática da fisioterapia, referem a necessidade de informar, esclarecer e obter consentimento.

² No nº1 do artigo 5º lê-se que “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento livre e esclarecido”

³ De acordo com o artigo 157º deve ser fornecida informação que inclua o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou tratamento

⁴ Conforme o nº2 do artigo 38º deverá existir a manifestação de uma vontade séria, livre e esclarecida

⁵ Tal como referido no nº 1 do artigo 70º existe o direito à liberdade de vontade e a autodeterminação

⁶ O artigo 573º do Código Civil, sobre a obrigação da informação, afirma a sua exigência sempre que o titular de um direito tenha dúvida fundada acerca da sua existência ou do seu conteúdo e outrem esteja em condições de prestar as informações necessárias

⁷ De acordo com os nº1 e 2 do artigo 340º, já referido nos requisitos de validade do consentimento

⁸ Conforme a alínea e) , nº1 da Base XIV (Lei nº48/90 de 24 de Agosto)

⁹ De acordo com o nº1 do artigo 8º da Lei 24/96 de 31 de Julho

¹⁰ A alínea e) do nº2 do artigo 6º do Decreto-Lei 564/99 de 21 de Dezembro diz que compete ao profissional “assegurar, através de métodos e técnicas apropriados, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente, procurando obter a participação esclarecida deste no seu processo de prevenção, cura, reabilitação ou reinserção social.

Através da análise das diferentes fontes normativas verifica-se que o consentimento informado se baseia na protecção dos direitos à autodeterminação e à integridade física e moral do ser humano. Portanto, independentemente das circunstâncias em que são prestados os cuidados de saúde, o consentimento informado deve ser integrado na prática diária dos profissionais de saúde.

1.2.5. Constrangimentos à Implementação do Consentimento Informado

Actualmente parece ser consensual, entre todos os elementos envolvidos na prestação de cuidados de saúde, a necessidade imperativa do consentimento informado, existem no entanto várias barreiras à sua aplicação prática diária.

Um dos principais obstáculos à adopção do consentimento informado como um processo contínuo, poderá estar relacionado com o facto de, na formação académica e na prática clínica de alguns profissionais de saúde, ainda prevalecerem princípios paternalistas. Daí que a Organização Mundial de Saúde sugira que “o ensino da bioética e da ética médica (entendida como ética em cuidados de saúde) deve estar presente a nível pré-graduado, pós-graduado e na formação contínua de médicos e outros profissionais de saúde” (Nunes 2002:42).

Outra questão, não menos significativa, ainda associada ao paradigma paternalista, é o facto de alguns profissionais de saúde basearem a sua actuação numa premissa falsa, acreditando que os pacientes não querem, nem necessitam, de informação, mas sim de alguém que tome decisões correctas por eles (Lorda e Gutiérrez 2001).

Outros constrangimentos a ter em conta são os medos e objecções concretas que a doutrina do consentimento informado suscita nos profissionais de saúde, nomeadamente o medo de que a informação fornecida ao paciente seja um factor desencadeante ou potenciador de ansiedade e receios face às intervenções propostas (Lorda e Gutiérrez 2001). Este tipo de constrangimento está frequentemente associado à insegurança sentida pelos profissionais de saúde, na gestão da informação e da própria relação com o paciente.

O tempo necessário para incorporar o consentimento informado como uma dimensão básica do exercício profissional é certamente uma barreira difícil de ultrapassar na maioria dos serviços de saúde. É essencial que as questões relacionadas com o consentimento informado não sejam classificadas como uma perda de tempo, mas sim como uma ferramenta para uma nova cultura assistencial que contraria a tendência para a desumanização das estruturas de prestação de cuidados de saúde (Dias 2003).

Nos diversos serviços de saúde devem de existir incentivos para a prática do consentimento informado de uma forma eficaz. Por vezes é necessário abalar alguns alicerces que estavam cimentados em rotinas, em normas e procedimentos que sempre funcionaram e que não se vê necessidade aparente de mudança. Todo o processo de mudança, enfrenta resistência, que está normalmente relacionada com um dos seguintes factores: o hábito, a segurança, certos aspectos económicos e o medo do desconhecido. A mudança, neste caso a implementação do consentimento informado, pressupõe uma comunicação eficaz e a participação de todos os envolvidos nas equipas de saúde. Para um reajustamento harmonioso é necessário respeitar a autonomia de cada profissional e que todos assumam a responsabilidade pelos seus actos.

1.3. DO CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

Na maioria das obras consultadas, o conceito de consentimento informado é referido e analisado para a prática da medicina. Pretende-se neste capítulo verificar a relevância de falar de consentimento informado além da relação médico-paciente, nomeadamente em fisioterapia.

1.3.1. A Necessidade do Consentimento em Fisioterapia

De acordo com o artigo 5º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (Silva 1997:38-39) “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento, de forma livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como quanto às suas consequências e os seus riscos. A pessoa em causa poderá, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”; estando assim todos os profissionais de saúde obrigados a cumprir o dever de respeitar o paciente, nas suas vertentes de “informar, confirmar o esclarecimento e obter o consentimento” (Vaz Rodrigues 2001:23-24).

Mais que um dever ético ou uma obrigatoriedade jurídica, o consentimento informado é uma necessidade para a humanização dos cuidados de saúde, aspectos que todos os profissionais devem valorizar.

Sobre esta questão, Antunes (1998:17) refere que “importa (...) salientar o facto de o respeito pela autonomia individual não ser apenas um preceito da medicina clínica, para abranger todos os profissionais da área da saúde, como sejam, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, médico-dentistas, etc.”

Dias Pereira (2004:104) relembra que “o consentimento informado está indiscutivelmente consagrado no direito português: seja no plano constitucional, seja no plano civil, penal ou mesmo deontológico. (...) A necessidade de obter o consentimento informado assenta na protecção dos direitos à autodeterminação e à integridade física e moral da pessoa humana”.

Da análise do artigo 6º do Decreto-Lei 564/99, salienta-se que a actividade dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, categoria profissional que engloba os fisioterapeutas, deve ser exercida “com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica, sem prejuízo da intercomplementaridade ao nível das equipas em que se inserem” (nº 1) e que lhe compete “assegurar, através de métodos e técnicas apropriados, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente, procurando obter a participação esclarecida deste no seu processo de prevenção, cura, reabilitação ou reinserção social” (nº 2, alínea e).

Esta autonomia e responsabilidade estipulada pelo legislador estão de acordo com as *leges artis* da profissão de fisioterapeuta.

A formação em fisioterapia prepara os profissionais para a sua autonomia profissional. Esta autonomia é possível para cada fisioterapeuta, uma vez que o seu exercício se realiza junto do paciente, família e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico funcional, que o orientará para a sua intervenção (WCPT 1999).

Camejo (2005) considera que o consentimento informado, especificamente relativo ao exercício da fisioterapia, é uma questão emergente, a qual é mais do que uma mera constatação quanto à sua necessidade, mas uma obrigatoriedade legal.

Na legislação em vigor, o consentimento informado aparece enunciado de diversas formas, com múltiplas redacções e em diferentes contextos, mas é consensual que se trata de um instrumento fundamental para que todos os profissionais de saúde possam actuar de acordo com o dever de respeito pelo paciente.

1.3.2. A Especificidade do Consentimento em Fisioterapia

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da autonomia dos fisioterapeutas no seio do sistema de saúde, o que implica, tal como referem Purtillo e Guccione, o aumento de dilemas éticos (Swisher 2002), já que a ética é uma das múltiplas perspectivas que se cruzam na prestação de cuidados de saúde (Renaud 2004a).

Os fisioterapeutas participam em múltiplas actividades relacionadas com a saúde, nomeadamente na prestação de cuidados num contexto da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação; na investigação, no ensino e na formação. Torna-se importante que a sua actuação seja baseada em conhecimentos técnico-científicos actualizados e princípios éticos indiscutíveis.

Tal como nos relembra Souza Guerra (2006) o fisioterapeuta na sua prática possui situações de natureza específica mas os princípios éticos que aplica são universais.

O conteúdo profissional do fisioterapeuta, de acordo com a alínea g), do artigo 5º do Decreto-Lei 564/99, “centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”.

O fisioterapeuta está inserido na carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, que enquadra um conjunto de profissionais detentores de formação especializada de nível superior. No desenvolvimento das suas funções, conforme o nº 2, do artigo 3º do Decreto-Lei 564/99, “os técnicos de diagnóstico e terapêutica actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respectiva profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção”.

Os princípios deontológicos, embora não possuam qualidade normativa ilustram as regras aceites por um grupo profissional, e sempre foram considerados importantes para os fisioterapeutas, que se regem pela declaração de princípios éticos (Anexo 1) da *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT 1995). Em Portugal, desde a fundação da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) em 1961 e até aos dias de hoje, as questões éticas e deontológicas têm sido sempre uma preocupação, nomeadamente as questões do consentimento informado. É nesta perspectiva que foi elaborado e aprovado um documento sobre “Padrões da Prática da Intervenção da Fisioterapia” que funciona como um instrumento que permite uma análise da interacção entre a Fisioterapia e os Cidadãos, de forma a avaliar e promover elevados padrões de prática (APF 2005).

Os três primeiros padrões relacionam-se com a parceria com o utente e incluem o respeito pela individualidade, o consentimento informado e a confidencialidade (Anexo 2).

Aquilo a que chamamos fisioterapia é o serviço prestado exclusivamente pelo fisioterapeuta e inclui avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e reavaliação (WCPT 1999).

Em todas as fases de actuação, o fisioterapeuta deverá solicitar a cooperação dos pacientes e a relação estabelecida deverá garantir o respeito pela sua autonomia.

A especificidade do consentimento em fisioterapia está relacionada com o contexto onde o fisioterapeuta exerce a sua actividade e com as características da relação que estabelece com os seus pacientes.

1.3.3. O Fisioterapeuta e as Equipas de Saúde

A evolução científica e tecnológica, a que se tem assistido nas últimas décadas, estimula à partilha de conhecimentos e ao trabalho de equipa nos cuidados de saúde, de modo a que o progresso se traduza em benefícios para todos e em especial para os pacientes. Esta interdisciplinaridade acarreta situações de pluralismo ético que exige dos profissionais uma reflexão séria, assente em princípios éticos sólidos.

O fisioterapeuta actua, frequentemente, como um elemento de uma equipa de saúde, onde se estabelecem relações entre os diversos profissionais, o paciente e seus familiares e, tal como defende Mariz (2005:10) esta “(...) complexa teia relacional (...) mediada por hierarquias, saberes e poderes, traduz-se facilmente em dificuldades comunicacionais, confusão de papéis e atitudes pouco precisas, no conduzir o processo de consentimento”

Dias Pereira (2004:104) relembra que “o consentimento informado é um instituto jurídico complexo que se traduz num processo dinâmico de inter-relação entre os diversos agentes envolvidos. Quando a relação é simples, ela é bilateral (...); mas frequentemente ela é complexa e multilateral, envolvendo toda uma

equipa (...), por parte do prestador de saúde e, a família, pessoas próximas e representantes legais por parte do paciente”.

Obviamente e como afirma Vaz Rodrigues (2001:233) “o problema que se levanta neste campo consiste em determinar a autonomia das intervenções (...) por forma a atribuir aos intervenientes um dever de obter o consentimento e, por maioria de razão, de respeitar os deveres de informação e de esclarecimento em relação a essa actuação”.

É portanto uma questão relevante, determinar quais os elementos da equipa de saúde a quem compete a obtenção do consentimento informado. De modo a clarificar esta problemática, Lorda e Gutiérrez (2001) distinguem actos clínicos independentes e interdependentes.

Os actos clínicos independentes são exclusivos de um elemento (ou categoria profissional) da equipa, que deve assumir toda a responsabilidade assistencial e adoptar o consentimento informado como um processo contínuo na sua intervenção, fornecendo informação relativa aos actos do seu âmbito de competência.

Quando os actos clínicos são interdependentes e exigem a actuação simultânea, de diferentes elementos a questão é mais complexa. Surge a necessidade de estabelecer acordos entre todos os elementos da equipa “com o objectivo de clarificar a função que cada um vai desempenhar no processo de consentimento informado total, sem invadir ou suplantar as competências dos outros” (Lorda e Gutiérrez 2001:104)¹¹.

O fisioterapeuta pode exercer a sua profissão de forma independente ou ser um elemento de uma vasta equipa de profissionais de saúde, o que não invalida a necessidade de consentimento informado na relação paciente-fisioterapeuta. O seu campo de actuação é específico e exclusivo, exigindo assim que informe, esclareça e obtenha consentimento sobre a sua intervenção.

¹¹ ...”con el objeto de clarificar qué función va a desempeñar cada uno en un proceso de consentimiento informado integral, sin invadir ni suplantar unos competencias de otros” (Lorda e Gutiérrez 2001:104)

1.3.4. O Fisioterapeuta e o Paciente

Considerando o consentimento informado como “um encontro caracterizado pela participação mútua, respeito, e partilha na decisão” (Jonsen, Siegler e Winslade 1998:53) é facilmente aceite que deste diálogo resultará benefícios para o paciente e para o fisioterapeuta. Estabelecendo uma relação de reciprocidade baseada numa comunicação apropriada e realizando escolhas racionais, o fisioterapeuta vê facilitada a sua intervenção, o paciente passa a ser seu aliado, estando apto a colaborar activamente, possuindo expectativas realistas quanto à evolução da sua situação e estando consciente das complicações ou efeitos secundários inerentes ao tratamento.

A natureza da intervenção em fisioterapia e o processo do consentimento informado, pressupõem ambos o estabelecimento de laços relacionais entre os profissionais de saúde e pacientes.

A prática da fisioterapia exige um contacto directo e prolongado com os pacientes e pressupõe a existência de uma verdadeira parceria. A maioria das estratégias de intervenção não são possíveis de executar eficazmente sem a colaboração do paciente, o que é representativo da necessidade de esclarecimento e consentimento.

Por outro lado, a optimização do processo de reabilitação está dependente da aprendizagem e (re)adquisição de saberes que devem ser utilizados nas actividades da vida diária dos pacientes. Desempenhando, assim, o fisioterapeuta um papel de educador, onde a capacidade do paciente, a comunicação, a compreensão, voluntariedade e consentimento são elementos decisivos para o sucesso da intervenção.

Nunca é de mais relembrar que a informação e o esclarecimento, essenciais para a obtenção do consentimento, são realizados através do diálogo com o paciente.

O fisioterapeuta deverá ser um bom ouvinte. Frequentemente os seus pacientes encontram-se debilitados, é portanto essencial tentar compreender as emoções que se escondem por detrás das palavras, respeitar sempre as suas crenças e valores e não esquecer que os pacientes, com capacidade de decisão tem

o direito de recusar qualquer exame, investigação ou tratamento, não podendo por isso ser alvo de represálias.

A relação estabelecida entre o paciente e o fisioterapeuta deve ser baseada na confiança e o paciente deve receber a informação necessária e suficiente para participar activamente na tomada de decisões. Desta forma “com o consentimento culmina-se uma fase e inicia-se outra: a concretização de um tratamento ou de uma avaliação com possível contacto físico, em que foi já reconhecido ao paciente o direito a determinar o que pode ser feito no seu corpo. Só assim se poderá dizer que o paciente foi tratado como sujeito e não como objecto...” (Vaz Rodrigues 2001:27).

Como já referido o consentimento informado permite uma definição conjunta de objectivos e a selecção partilhada das estratégias de intervenção a utilizar para os atingir, quando se está perante uma situação de tratamentos; no entanto é importante recordar que o consentimento informado é também essencial em situações de investigação. Neste caso a informação fornecida deve permitir ao paciente decidir livremente sobre a sua aceitação ou recusa em participar nos projectos de investigação.

Nas diversas situações o consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida, e, não se deve esquecer que este pode ser livremente revogado até à execução do facto.

O consentimento informado em fisioterapia implica, portanto uma parceria entre duas pessoas que estão em circunstâncias diferentes. Ao fisioterapeuta compete conduzir o tratamento recomendando estratégias adequadas à situação clínica do paciente; explicando de uma forma honesta, quer os objectivos de tratamento, quer a melhor forma de os atingir, numa linguagem acessível e baseada em sólidos conhecimentos técnico-científicos. Ao paciente cabe a tarefa de integrar a informação fornecida no seu contexto de vida e pronunciar-se sobre as estratégias propostas.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Raros são os trabalhos encontrados sobre o consentimento informado em fisioterapia, sendo o conhecimento sobre o problema em estudo limitado. Daí que, nesta investigação, é privilegiada a descrição e caracterização dos fenómenos e não a análise de relações entre factores. Este estudo insere-se, portanto, na categoria das investigações exploratórias e descritivas.

Estes estudos, segundo Gil (1995: 44), “têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”, de acordo com Fortin (2000), necessitam da descrição do fenómeno, da especificação dos conceitos e da elaboração de um quadro conceptual, tal como realizado no capítulo anterior.

A abordagem metodológica utilizada é qualitativa, que de acordo com Merriam (1988) e Creswell (1994), assenta sobre seis pressupostos:

1. A investigação qualitativa preocupa-se basicamente mais com o processo do que com os resultados;
2. A investigação qualitativa interessa-se pelo significado;
3. O investigador qualitativo é o primeiro instrumento para a recolha e análise dos dados;
4. A investigação qualitativa implica trabalho de campo;
5. A investigação qualitativa é essencialmente descritiva e
6. O processo da pesquisa qualitativa é indutivo.

Nesta investigação é adoptada uma postura de indução, não se pretende verificar hipóteses desenvolvidas de forma geral e fora do contexto do estudo. A prioridade é dada à descoberta de informações sobre o consentimento informado em fisioterapia, junto dos elementos constituintes da unidade de análise, e ao

desenvolvimento de modelos descritivos e interpretativos que digam respeito a esta realidade e às suas particularidades.

2.2. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

As perguntas de investigação deste estudo são interrogações sobre algo, passível de ser analisado, permitindo aumentar o conhecimento sobre o consentimento informado em fisioterapia e as suas particularidades. Tal como referem Quicy e Campenhoudt (2003) as perguntas de investigação servem de fio condutor do estudo.

Como base para a realização deste trabalho estão cinco perguntas, podendo considerar-se a primeira como questão orientadora desta investigação:

- Pergunta 1:

O que é o consentimento informado em fisioterapia?

- Pergunta 2:

Como se processa ou deverá processar o consentimento informado em fisioterapia?

- Pergunta 3:

Quais os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia?

- Pergunta 4:

Quais os principais incentivos e constrangimentos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

- Pergunta 5:

Quais as boas práticas em relação ao consentimento informado em fisioterapia?

2.3. OBJECTIVOS

“O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação” (Fortin 2000:100), assim, de modo a obter as respostas às perguntas de investigação definiram-se os seguintes objectivos:

2.3.1. Objectivo geral

- Conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia

2.3.2. Objectivos específicos

- Clarificar o processo de consentimento informado em fisioterapia
- Identificar os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia
- Descrever os principais incentivos e constrangimentos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia
- Propor estratégias de actuação em relação ao consentimento informado em fisioterapia.

2.4. PROCEDIMENTOS PARA RECOLHA DA INFORMAÇÃO

Como “os instrumentos metodológicos não podem ser escolhidos independentemente das referências teóricas da investigação” (Albarello et al 1997:86) e de acordo com o tipo de estudo e os objectivos definidos, a recolha de informação foi baseada em entrevistas.

Segundo Quicy e Campenhout (2003), as técnicas de entrevista são frequentemente utilizadas em investigação social, a sua utilização está especialmente adequada quando se pretende dados referentes ao sentido que os

indivíduos dão às suas práticas, aos seus valores e às interpretações das suas experiências.

Os entrevistados são informadores privilegiados e a sua verbalização franca e espontânea é sempre desejável, no entanto é fundamental que foquem os mesmos aspectos, daí a necessidade de uma orientação temática no decorrer da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora e quanto ao grau de liberdade do entrevistado, são classificadas de semi-directivas ou semi-estruturadas, visto que existiu uma liberdade condicionada do entrevistado que estruturou o seu discurso com o apoio da entrevistadora e de um guião que funcionou como instrumento orientador, ou seja os entrevistados responderam livremente às questões colocadas e foram posteriormente direccionados para os temas abordados na revisão bibliográfica de modo a permitir cumprir os objectivos definidos para este estudo.

Foi realizada uma recolha sistemática de informação, sobre o consentimento informado, de modo a permitir uma melhor aproximação à problemática teórica e baseada na análise da bibliografia mais pertinente foi construída a primeira versão do guião da entrevista.

Na elaboração das questões foi tido em consideração: o tópico, a aplicabilidade e a perspectiva, de modo a obter informação válida e fiável (Foddy 2002). O tópico de cada questão foi definido de modo a que todos os entrevistados compreendessem o seu conteúdo. A aplicabilidade foi analisada de modo a não solicitar informação que os entrevistados não dispunham. A perspectiva foi direccionada para obter informação específica relacionada com os objectivos do estudo.

O guião da entrevista foi analisado de modo a proceder a uma validação do conteúdo e posteriormente realizou-se a verificação da adequação da linguagem de modo a garantir a inteligibilidade e fidedignidade deste instrumento.

O processo de validação de conteúdo do guião da entrevista ficou concluído com a análise realizada pelo orientador desta investigação – Prof. Doutor Michel Renaud, que sugeriu algumas alterações, que foram avaliadas

conjuntamente com a investigadora de modo a construir uma nova versão do instrumento.

A verificação da adequação da linguagem foi efectuada através de três entrevistas exploratórias, esta fase permitiu ainda ensaiar o processo e calcular a duração das entrevistas.

Com base na análise destas entrevistas, o instrumento foi revisto e elaborado a sua versão final.

O guião da entrevista (Anexo 3), que foi construído em função do objectivo geral do estudo, ficou dividido em quatro grupos, de acordo com os objectivos específicos, permitindo a clarificação das dimensões de análise que a entrevista comporta e questões correspondentes (Quadros 1,2,3 e 4), facilitando assim a interpretação dos fenómenos em análise.

QUADRO 1

Dimensões/Questões sobre o Processo de Consentimento Informado em Fisioterapia

OBJECTIVO: Clarificar o processo de consentimento informado em fisioterapia	
Dimensões	Questões
Definições – Grau de conhecimento	O que entende por consentimento informado em fisioterapia?
Operacionalização	Como se processa ou deverá processar o consentimento informado em fisioterapia?
Trabalho em equipa	Num trabalho de equipa, o fisioterapeuta deve ou deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

QUADRO 2

Dimensões/Questões sobre os Efeitos do Consentimento Informado em Fisioterapia

OBJECTIVO: Identificar os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia	
Dimensões	Questões
Vantagens	Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?
Desvantagens	Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

QUADRO 3

Dimensões/Questões sobre Incentivos e Constrangimentos

OBJECTIVO: Descrever os principais incentivos e constrangimentos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia	
Dimensões	Questões
Incentivos	Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?
Obrigatoriedade	Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?
Obstáculos / Constrangimentos	Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

QUADRO 4
Dimensões/Questões sobre Estratégias de Actuação

OBJECTIVO: Propor estratégias de actuação em relação ao consentimento informado em fisioterapia	
Dimensões	Questões
Combate aos obstáculos	Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?
Validade	Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?
Autonomia	Como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?
Informação	Como seleccionar a informação a fornecer-lhe?
Competência	Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?
Compreensão	Como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente?
Impossibilidade	Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?
Dissentimento	Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?
<i>Situações especiais:</i>	Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento?
Menor	Na prestação de cuidados de saúde a um menor.
Incapaz	Perante um paciente <i>aparentemente incapaz</i> (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral).
Ensino	Quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário.
Investigação	No caso de inclusão do paciente numa investigação.

2.5. UNIDADE DE ENTREVISTADOS

Um aspecto primordial neste tipo de estudos (qualitativos, exploratórios e descritivos), que pressupõem uma análise compreensiva, “não é a definição de uma imensidade de sujeitos estatisticamente *representativos*, mas sim uma pequena dimensão de sujeitos socialmente *significativos*” Guerra (2006:20).

Para garantir que esta investigação abordou o tema em estudo – o consentimento informado em fisioterapia – considerando as suas vertentes ética, deontológica e jurídica, foi necessário assegurar a presença de uma diversidade de sujeitos, com diferentes contextos e percursos profissionais.

Houve um especial cuidado na escolha de cada um dos elementos a integrar a unidade de entrevistados, já que, neste tipo de estudos, é pela comparação, e não pela saturação, que podemos chegar à generalização. Tentou-se que, em cada área profissional, os elementos seleccionados fossem representativos do grupo a que pertencem.

A unidade de entrevistados deste estudo é constituída por um conjunto de académicos, nomeadamente fisioterapeutas, juristas e bioéticos, que no seu percurso profissional tenham dedicado especial atenção às questões do consentimento informado.

De modo a garantir o anonimato dos elementos constituintes da unidade de análise a sua caracterização, que se encontra esquematizada no Quadro 5, será baseada apenas na área profissional, no género, na idade e nas habilitações académicas.

Foram escolhidos oito elementos de idoneidade reconhecida: dois juristas com formação em direito biomédico, dois bioéticos e quatro fisioterapeutas com elevadas responsabilidades deontológicas.

Todos os sujeitos têm formação ao nível do ensino superior: três possuem licenciatura e pós-graduação; três são mestres e dois doutores. Quanto ao género há a referir que metade da amostra é do sexo feminino (2 fisioterapeutas e 2 bioéticos). Tem idades compreendidas entre os 32 e os 60 anos (com uma média de 46,5 anos).

QUADRO 5**Características dos Elementos Constituintes da Unidade de Entrevistados**

Elemento	Área Profissional	Género	Idade (em anos)	Habilitações Académicas
E1	Jurídica	Masculino	46	Licenciatura e Pós-graduação
E2	Fisioterapia	Feminino	60	Mestrado
E3	Jurídica	Masculino	32	Mestrado
E4	Fisioterapia	Masculino	52	Mestrado
E5	Fisioterapia	Masculino	56	Licenciatura e Pós-graduação
E6	Bioética	Feminino	47	Doutoramento
E7	Fisioterapia	Feminino	44	Licenciatura e Pós-graduação
E8	Bioética	Feminino	33	Doutoramento

Após uma pesquisa para obtenção dos contactos dos elementos constituintes da unidade de análise, foi enviado por correio electrónico o pedido de participação do estudo (Anexo 4), nos casos em que não houve resposta foi estabelecido contacto telefónico. Todos os elementos contactados aceitaram participar no estudo e as entrevistas foram agendadas de acordo com a sua conveniência.

As entrevistas foram marcadas com antecedência, sendo disponibilizada informação da duração média esperada e o local para a sua realização foi escolhido pelos entrevistados, de modo a colocá-los mais à vontade e permitir uma melhor gestão do tempo.

Previamente à entrevista foi estabelecida uma pequena conversa com os entrevistados de modo a fornecer informação sobre a investigação, demonstrar a importância do seu papel como informador privilegiado e foi assinada uma declaração de consentimento informado (Anexo 5) onde consta a autorização para a gravação e transcrição das entrevistas, utilização e publicação de extractos no âmbito do estudo, salvaguardando o necessário anonimato.

As entrevistas (Quadro 6) foram gravadas entre Janeiro e Março de 2007, nos locais escolhidos pelos entrevistados e tiveram uma duração média de 35 minutos (mínima de 20, máxima de 60 e total de 295 minutos de gravação).

QUADRO 6
Data, Local e Duração das Entrevistas

Elemento	Data	Local	Duração (em minutos)
E1	09/Janeyro/2007	Évora	60
E2	11/Janeyro/2007	Rebelva	25
E3	17/Janeyro/2007	Coimbra	35
E4	23/Janeyro/2007	Alcoitão	50
E5	02/Fevreiro/2007	Alcoitão	35
E6	02/Fevreiro/2007	Lisboa	45
E7	06/Março/2007	Lisboa	25
E8	12/Março/2007	Lisboa	20

2.6. PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Todas as entrevistas foram sujeitas a uma transcrição integral¹² e fiel ao que foi dito. Esta transcrição foi realizada por etapas:

- 1ª Etapa: Transcrição para o processador de texto (Microsoft® Word 2002) do que se ouve na gravação;
- 2ª Etapa: Revisão da gravação e correcção de algumas imprecisões;
- 3ª Etapa: Redacção da versão final, tornando o texto compreensível através da supressão de elementos inúteis e colocação correcta da pontuação.

Os documentos referentes à transcrição foram enviados aos entrevistados, por correio electrónico e foi pedida a confirmação da exactidão dos dados recolhidos na entrevista (Anexo 6). Cada elemento da unidade de análise atestou a veracidade e exactidão da informação constante na transcrição da sua entrevista.

A metodologia seleccionada para o tratamento da informação obtida com as entrevistas foi a análise de conteúdo, que tal como Berelson definiu é “uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações” (Bardin 2004:31). Ou seja, a análise de conteúdo permite efectuar “inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala 2003:104).

Após dar a conhecer aos entrevistados o resultado final da entrevista e de receber a confirmação da exactidão dos dados, foi realizada uma leitura indutiva, colocando diversas anotações facilitadoras do processo de análise descritiva.

De modo a reagrupar de forma inteligível o que foi transmitido pelos entrevistados optou-se por uma análise categorial, que “consiste na identificação das unidades pertinentes que influenciam determinado fenómeno em estudo reduzindo o espaço de atributos de forma a sacar apenas as variáveis explicativas pertinentes” (Guerra 2006:78).

¹² A transcrição integral das entrevistas pode ser consultada no CD que acompanha esta dissertação

3. PERSPECTIVAS PLURIDISCIPLINARES SOBRE O CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

3.1. O PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

Com o objectivo de clarificar o processo de consentimento informado em fisioterapia foram realizadas três questões, às quais correspondem três dimensões em análise: definições/grau de conhecimento, operacionalização e trabalho em equipa.

3.1.1. Definições/Grau de Conhecimento

Em resposta à pergunta “o que entende por consentimento informado em fisioterapia?”, todos os entrevistados referiram as questões da informação (Quadro 7) e a maioria, a necessidade de respeitar a autonomia do paciente; foram também apresentadas as categorias: autorização para intervir, esclarecimento, relação/parceria com o paciente, acto ético/deontológico e consentimento informado como um processo (Quadro 8).

Quadro 7

Dimensão: Definições/Grau de Conhecimento. Categoria: Informação

Excertos das Entrevistas	
E1 (Jurista)	“A fisioterapia como qualquer outra arte médica (...) carece dessa informação prévia, do esclarecimento e do consentimento.”
E2 (Fisioterapeuta)	“O consentimento informado será... o ter da parte do doente a autorização para a intervenção do fisioterapeuta, após uma explicação clara...”
E3 (Jurista)	“...em fisioterapia exige-se o consentimento informado, embora que obviamente, (...) a densidade do esclarecimento, a densidade da informação não tem que ser tão grande quanto para uma cirurgia ou acto mais complexo.”
E4 (Fisioterapeuta)	“...o consentimento informado significa que a pessoa deu o seu aval, (...) mas esse aval foi informado...”
E5 (Fisioterapeuta)	“É o acto do fisioterapeuta informar o seu utente, relativamente à intervenção que vai ser processada.”
E6 (Bioético)	“O processo de consentimento informado implica o encontro entre duas pessoas que estão em circunstâncias diferentes: uma profissional de saúde e uma outra que apela à solicitude desse profissional de saúde. Nesse encontro tem de haver troca de informação. Aquele que tem informação tem que a disponibilizar com toda a transparência e frontalidade, de forma adequada ao paciente em causa.”
E7 (Fisioterapeuta)	“É um consentimento informado... relativamente à questão da informação, acho que não basta o fisioterapeuta informar o que vai fazer, o mais relevante é o aspecto da relação terapêutica e acho que o que se pretende é que se comunique com o utente.”
E8 (Bioético)	“Consentimento informado e esclarecido, não é só informar, é informar e perceber que a pessoa em causa conseguiu perceber a informação que lhe foi transmitida...”

QUADRO 8**Categorias e Ocorrências sobre as Definições e o Grau de Conhecimento**

Dimensão:	Definições;	Grau de	Conhecimento
Categorias	Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
INFORMAÇÃO	4	2	1
Informar	E4; E5	E8	E3
Troca de Informação	E7	E6	
Informação Prévia			E1
Explicação	E2		
AUTONOMIA	3	1	1
Liberdade de Decisão	E4		E1
Decisão Partilhada	E7		
Manifestação Vontade	E2		
Corolário P A ¹³		E8	
AUTORIZAÇÃO PARA INTERVIR	3 E2; E4; E7	-	1 E1
ESCLARECIMENTO	1 E7	1 E8	2 E1; E3
RELAÇÃO /PARCERIA	2 E4; E7	1 E6	-
PROCESSO	-	1 E6	-
ACTO ÉTICO / DEONTOLÓGICO	-	-	1 E3

3.1.2. Operacionalização

De modo a tentar perceber qual a melhor forma de colocar em prática os ensinamentos teóricos, e após fazer referência à definição de fisioterapeuta preconizada pela *World Confederation for Physical Therapy*, foi colocada a questão de “como se processa (quando o entrevistado era fisioterapeuta) ou deverá processar (para os outros académicos) o consentimento informado em

¹³ P A – Princípio da Autonomia

fisioterapia?”. Todos os entrevistados referem a necessidade de informar o paciente (Quadro 9). Todos os fisioterapeutas consideram que é necessário registrar no processo, a informação que foi transmitida e indicar que obteve autorização para a intervenção. Três fisioterapeutas fazem referência aos Padrões de Prática (Anexo 2) da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Os juristas referem que, para a prática da fisioterapia, é dispensável a utilização de formulários, visto que a lei e o legislador apenas exigem essa formalização para casos específicos, defendendo o primeiro que é suficiente a oralidade, aconselhando outro que se registre adicionalmente no processo o resultado dessa partilha de informação. Uma das bioéticistas valoriza a relação com o paciente e questiona a pertinência da expressão consentimento informado em fisioterapia (Quadro 10)

QUADRO 9
Categorias e Ocorrências sobre a Operacionalização

Dimensão:	Operacionalização		
	Categorias	Ocorrências	
	Fisioterapeutas	Bioéticistas	Juristas
INFORMAR	4 E2; E4; E5; E7	2 E6; E8	2 E1; E3
REGISTRAR NO PROCESSO	4 E2; E4; E5; E7	-	1 E1
PADRÕES DE PRÁTICA (APF)	3 E2; E4; E7	-	-
FORMULÁRIO	2 E2; E5	-	-
CELEBRAÇÃO DA PARCERIA	-	1 E6	-
ORALIDADE	-	-	1 E3

Quadro 10

Dimensão: Operacionalização. Categoria: Celebração da Parceria

Excerto da Entrevista	
E6 (Bioeticista)	<p>“Pelo que eu conheço da actividade de um fisioterapeuta, tenho dificuldade em enquadrar essa actividade naquilo que, na forma mais comum, se entende por consentimento informado. A actividade do fisioterapeuta é uma actividade que vai tendo reajustes constantes em relação ao projecto inicial traçado. Será que este reajuste constante, na procura de desenvolvimento da acção que mais beneficia aquela pessoa, é susceptível de ser fixado num consentimento informado, mesmo entendido na sua forma mais ampla, como processo? Eu diria que não.”</p> <p>“Penso que a noção de consentimento informado em fisioterapia deveria de ser reformulado, de uma forma ousada, numa noção de empenhamento, de parceria.”</p>

3.1.3. Trabalho em equipa

Na análise das respostas relativas à necessidade (ou não) de o fisioterapeuta receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção quando trabalha em equipa (Quadro 11), constata-se que três fisioterapeutas e os dois juristas defendem a existência de um consentimento específico e que um dos juristas refere a importância da delimitação de tarefas entre os diversos profissionais que integram a equipa de trabalho. A favor da existência de um consentimento genérico para a intervenção da equipa e de uma informação específica sobre a actuação do fisioterapeuta estão uma bioeticista e um fisioterapeuta. Uma das entrevistadas volta a reforçar a ideia da parceria com o paciente, entendida como um compromisso para atingir os objectivos de tratamento.

QUADRO 11
Categorias e Ocorrências sobre o Trabalho em Equipa

Dimensão: Trabalho em equipa			
Categorias	Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
CONSENTIMENTO ESPECÍFICO	3 E2; E4; E7	-	2 E1; E3
C.I. GENÉRICO + INFORMAÇÃO	1 E5	1 E8	-
COMPROMISSO / PARCERIA	-	1 E6	-
DELIMITAÇÃO DE TAREFAS	-	-	1 E3

3.2. EFEITOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

Com o objectivo de identificar os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia foram realizadas duas questões, às quais correspondem duas dimensões em análise: vantagens e desvantagens.

3.2.1. Vantagens

Ao ser proposto uma reflexão sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, os entrevistados identificam como principais vantagens (Quadro 12) a relação que se estabelece com o paciente, a demonstração de respeito pelo paciente, pela sua autonomia e individualidade, a optimização dos resultados e a protecção do próprio profissional. São também referidas como vantagens a participação do paciente, a informação disponibilizada e uma melhor gestão de expectativas. Dois dos entrevistados referem que existem só vantagens, já que não identificam qualquer tipo de desvantagem associada a este processo.

QUADRO 12
Categorias e Ocorrências sobre as Vantagens

Dimensão:		Vantagens		
Categorias	Ocorrências			
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas	
RELAÇÃO COM O PACIENTE	3 E4; E5; E7	2 E6; E8	-	
RESPEITO	3	-	2	
Paciente	E5		E1	
Individualidade	E7			
Autonomia	E2		E3	
OPTIMIZAÇÃO DOS RESULTADOS	3 E4; E5; E7	1 E6	-	
PROTEÇÃO DO PROFISSIONAL	2 E2; E4	-	2 E1; E3	
PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE	2 E2; E5	-	1 E3	
TODAS	-	1 E8	1 E1	
INFORMAÇÃO	1 E2	-	1 E3	
GESTÃO DE EXPECTATIVAS	1 E4	-	-	

3.2.2. Desvantagens

Ao ser solicitado a identificação de desvantagens associadas ao processo de consentimento informado em fisioterapia (Quadro 13), a maioria dos entrevistados (os quatro fisioterapeutas, as duas bioéticas e um jurista) afirma não existirem desvantagens. No entanto existe a referência à necessidade de o processo ser bem conduzido para evitar a burocratização, as repetições e a confusão do paciente. A escassez de tempo é uma desvantagem identificada por um jurista, ao passo que a mesma categoria é lembrada por outros dois elementos que a consideram como uma falsa questão.

QUADRO 13
Categorias e Ocorrências sobre as Desvantagens

Dimensão:		Desvantagens	
Categorias	Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
NENHUMAS	4	2	1
Sem Desvantagens	E2; E4; E7	E6	E3
Se Mal Conduzido			
- Burocratização	E5		
- Repetições/Confusão		E8	
TEMPO	1	1	2
Escassez			E1
Falsa Questão	E4		E3

3.3. INCENTIVOS E CONSTRANGIMENTOS

Com o objectivo de descrever os principais incentivos e constrangimentos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia foram realizadas três questões, às quais correspondem três dimensões em análise: incentivos, obrigatoriedade e obstáculos/constrangimentos.

3.3.1. Incentivos

A responsabilização dos fisioterapeutas, por parte dos serviços onde estão inseridos e uma avaliação de desempenho que valorize a adopção de boas práticas de intervenção são incentivos institucionais (Quadro 14) considerados importantes para a implementação do consentimento informado em fisioterapia por metade dos inquiridos. O facto de o consentimento informado ser um dever (deontológico, moral e ético), ser gratificante, permitir uma protecção jurídica e ir de encontro às expectativas dos pacientes, também é considerado como um meio de incentivar a sua aplicação prática (Quadro 15).

Quadro 14

Dimensão: Incentivos. Categoria: Institucionais

Excertos das Entrevistas	
E2 (Fisioterapeuta)	“... tem-se que responsabilizar o fisioterapeuta por coisas que se calhar à partida a eles não lhe parecem de utilidade.”
E3 (Jurista)	“... pode ser um incentivo até a nível da avaliação da carreira, saber se o fisioterapeuta cumpre ou não este seu dever...”
E4 (Fisioterapeuta)	“... pode haver um incentivo no sentido de dizer que o profissional está dentro das boas práticas padronizadas para o serviço e existir consequências ao nível da classificação de serviço, ao nível da apreciação da qualidade do trabalho.”
E5 (Fisioterapeuta)	“Deveria de haver incentivos institucionais...”

QUADRO 15

Categorias e Ocorrências sobre os Incentivos

Dimensão: Incentivos			
Categorias	Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
INSTITUCIONAIS	3 E2; E4; E5	-	1 E3
É UM DEVER	2	1	1
Deontológico		E8	E3
Moral	E4		
Ético	E5	E8	
PROTECÇÃO JURÍDICA	-	1 E8	1 E1
É GRATIFICANTE	1 E4	1 E6	-
É DE ACORDO COM AS EXPECTATIVAS	1 E7	-	-

3.3.2. Obrigatoriedade

Embora apresentando razões diversas (Quadro 16), os entrevistados são unânimes ao considerarem que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade (Quadro 17).

Quadro 16

Dimensão: Obrigatoriedade. Categoria: Sim

Excertos das Entrevistas	
E1 (Jurista)	“Sim. A responsabilidade neste momento, existe a todos os níveis.”
E2 (Fisioterapeuta)	“Eu acho que deve ser obrigatório (...) deve fazer parte dos procedimentos normais de qualidade, sempre que há uma intervenção de fisioterapia.”
E3 (Jurista)	“Sim, sim, tem que ser obrigatório.”
E4 (Fisioterapeuta)	“Ela é do ponto de vista ético.”
E5 (Fisioterapeuta)	“Claro, acho que sim. Aliás isso já começa a acontecer (...) até por causa dos sistemas de acreditação.”
E6 (Bioético)	“A ação conjunta (...) é rigorosamente indispensável e se não existir constitui uma total violação do sentido de missão do fisioterapeuta.”
E7 (Fisioterapeuta)	“Eu acho que esse será o caminho.”
E8 (Bioético)	“Hoje em dia é indesculpável o não conhecimento sobre a obrigatoriedade ética e legal de obter o consentimento informado.”

QUADRO 17
Categorias e Ocorrências sobre a Obrigatoriedade

Dimensão:		Obrigatoriedade	
Categorias		Ocorrências	
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
SIM	4 E2; E4; E5; E7	2 E6; E8	2 E1; E3

3.3.3. Obstáculos/Constrangimentos

Ao responderem à questão “quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?”, os inquiridos identificaram a escassez de tempo como principal obstáculo; mesmo quando consideram que esta é uma falsa questão, afirmam que pode ser utilizada como desculpa. A falta de informação é apontada como obstáculo ou constrangimento por três fisioterapeutas e uma bioética. O contexto de actuação do fisioterapeuta e as relações com outros profissionais é referida por dois fisioterapeutas e um jurista. As questões culturais e o paternalismo nos cuidados de saúde são considerados obstáculos pelos juristas. São ainda mencionados como obstáculos ou constrangimentos a desvalorização deste processo por parte do fisioterapeuta, os custos inerentes e as dificuldades de comunicação e registo (Quadro 18).

QUADRO 18
Categorias e Ocorrências sobre os Obstáculos

Dimensão:	Obstáculos		
	Categorias	Ocorrências	
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
TEMPO	2	2	1
Escassez	E7	E8	E3
Falsa Questão	E4	E6	
FALTA DE INFORMAÇÃO	3	1	-
	E2; E5; E7	E8	
CONTEXTO	2	-	1
Modelos de Actuação	E5; E7		
Relações Profissionais			E3
DESVALORIZAÇÃO DO PROCESSO	2	-	-
	E2; E5		
Q. CULTURAIS / PATERNALISMO	-	-	2
			E1; E3
CUSTOS	-	1	1
		E6	E3
DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO	-	-	1
			E1
DIFICULDADES DE REGISTO	1	-	-
	E4		

3.4. ESTRATÉGIAS DE ACTUAÇÃO

Com o objectivo de propor estratégias de actuação em relação ao consentimento informado em fisioterapia foram realizadas doze questões, às quais correspondem doze dimensões em análise: combate aos obstáculos, validade, autonomia, informação, competência, compreensão, impossibilidade, dissentimento, menor, incapaz, ensino e investigação.

3.4.1. Combate aos obstáculos

Ao serem questionados sobre as estratégias que consideram eficazes para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados (Quadro 19), a maioria dos entrevistados (uma bioéeticista, todos os juristas e fisioterapeutas) aponta o ensino e a formação como principal estratégia (Quadro 20); existem também referências ao trabalho de equipa, à acreditação de qualidade nos serviços, à prática tutelada e à rentabilização do tempo e dos recursos.

QUADRO 19

Categorias e Ocorrências sobre o Combate aos Obstáculos

Dimensão: Combate aos Obstáculos			
Categorias	Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéeticistas	Juristas
ENSINO/FORMAÇÃO	4	1	2
Formação Base	E2; E4;E5;E7		E1; E3
Formação Contínua	E4; E7	E8	E1; E3
Divulgação dos PP ¹⁴	E2; E5; E7		
TRABALHO EM EQUIPA	1 E7	1 E8	1 E3
ACREDITAÇÃO	-	-	1 E3
PRÁTICA TUTELADA	1 E4	-	-
RENTABILIZAÇÃO DO TEMPO	-	1 E6	-
RENTABILIZAÇÃO DOS RECURSOS	-	1 E6	-

¹⁴ PP- Padrões de Prática da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

Quadro 20

Dimensão: Combate aos Obstáculos. Categoria: Ensino/Formação

Excertos das Entrevistas	
E1 (Jurista)	“Tem de ser na formação de base e na formação ao longo da vida.”
E2 (Fisioterapeuta)	“...a divulgação do que é o consentimento informado. Já saíram artigos em boletim, saíram os documentos dos Padrões da Prática que tem mencionado exactamente o que é o consentimento informado.” “Penso que também a nível das escolas, deve ser feito um esforço muito grande para a divulgação dos Padrões da Prática.”
E3 (Jurista)	“Quanto à formação, esta deve ser ao nível da formação base dos profissionais de saúde, acho que deve haver uma cadeira de ética, deontologia e direito em todos os cursos de saúde.” “...a formação contínua e não seria até mau exigir um módulo, mínimo que seja, em formação ética e deontológica para a revalidação da carteira.”
E4 (Fisioterapeuta)	“... é fundamental, o criar na pessoa a noção da aprendizagem ao longo da vida.”
E5 (Fisioterapeuta)	“Quem está no lado da formação (...) tem como obrigação trabalhar as questões centrais como as do consentimento informado, levá-las à reflexão e ao debate por aqueles profissionais enquanto alunos.” “...ir ter com os profissionais que estão espalhados por todo o país, nas suas instituições e falar nas questões dos Padrões de Prática.”
E7 (Fisioterapeuta)	“Acho que deveria existir um investimento na formação relacionada com estas questões a nível básico e pós-graduada. “
E8 (Bioeticista)	“...tem que haver actualizações, formações pós-graduadas e uma formação ao longo da vida.”

3.4.2. Validade

Ao ser solicitado que, genericamente, referissem as medidas que o fisioterapeuta deve adoptar para que o consentimento seja considerado válido, a maioria dos entrevistados aponta a compreensão do paciente e a relação/parceria estabelecida como essenciais. A percepção de que a autorização do paciente é esclarecida é uma medida referida por três inquiridos. Curiosamente os dois juristas referem que é a “fazer” ou “fazendo” que se torna o consentimento válido, defendendo, aparentemente que a validade é dependente da efectuação, rejeitando deste modo qualquer desculpas que impeçam a implementação de um processo de consentimento informado. Existe também uma referência para a importância de utilizar o consentimento como um processo e não como um acto isolado (Quadro 21)

QUADRO 21
Categorias e Ocorrências sobre a Validade

Dimensão:		Validade		
Categorias	Ocorrências			
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas	
COMPREENSÃO	3 E2; E5; E7	1 E8	2 E1; E3	
RELAÇÃO / PARCERIA	3 E4; E5; E7	1 E6	-	
AUTORIZAÇÃO ESCLARECIDA	1 E2	1 E6	1 E3	
FAZER / FAZENDO	-	-	2 E1; E3	
CONSENTIMENTO COMO PROCESSO	1 E4	-	-	

3.4.3. Autonomia

Para garantir a autonomia do paciente, os entrevistados apontam a necessidade da decisão do paciente ser livre, de existir uma relação de parceria e de o paciente estar informado e esclarecido. Uma das bioeticistas refere que a relação de parceria deve ser sempre baseada na sinceridade e honestidade, a outra refere que a utilização de um processo de consentimento informado bem conduzido é por si só uma garantia da autonomia do paciente (Quadro 22).

QUADRO 22
Categorias e Ocorrências sobre a Autonomia

Dimensão:		Autonomia		
Categorias	Ocorrências			
	Fisioterapeutas	Bioeticistas	Juristas	
DECISÃO LIVRE	2 E2; E5	-	1 E1	
RELAÇÃO / PARCERIA	2 E2; E7	1 E6	-	
INFORMAÇÃO / ESCLARECIMENTO	1 E4	-	2 E1; E3	
SINCERIDADE / HONESTIDADE	-	1 E6	-	
CONSENTIMENTO	-	1 E8	-	

3.4.4. Informação

Quando questionados sobre como seleccionar a informação a fornecer, a maioria dos entrevistados (três fisioterapeutas, dois bioeticistas e um jurista) responde que se deve atender ao princípio segundo o qual o paciente é um ser concreto e a informação deverá ser adequada aos seus desejos e capacidades; dois fisioterapeutas referem que a informação deverá ser relativa ao processo de

fisioterapia e um jurista relembra que deve ser simples e suficiente para o esclarecimento do paciente (Quadro 23).

QUADRO 23
Categorias e Ocorrências sobre a Informação

Dimensão:	Informação		
	Categorias	Ocorrências	
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
PACIENTE CONCRETO	3 E4; E5; E7	2 E6; E8	1 E3
RELATIVA AO PROCESSO DE FT ¹⁵	2 E2; E7	-	-
SIMPLES E SUFICIENTE	-	-	1 E1

3.4.5. Competência

Para verificar a competência ou capacidade de decisão do paciente os inquiridos aconselham o fisioterapeuta a recorrer à sua experiência profissional e a envolver a equipa. Dois fisioterapeutas referem que este é um julgamento que os profissionais fazem. Uma bioética e um jurista consideram que é conversando com o paciente que se avalia a sua capacidade de decisão, enquanto que a bioética aconselha a existência de um mecanismo de confirmação do que o paciente compreendeu (Quadro 24).

¹⁵ FT - Fisioterapia

QUADRO 24
Categorias e Ocorrências sobre a Competência

Dimensão:	Competência		
	Categorias	Ocorrências	
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
RECORRER À EXPERIÊNCIA	2 E2; E7	-	2 E1; E3
ENVOLVER A EQUIPA	1 E5	1 E8	2 E1; E3
CONVERSANDO	-	1 E6	1 E1
JULGAMENTO	2 E4; E5	-	-
CONFIRMAÇÃO DA INFORMAÇÃO	-	1 E6	-

3.4.6. Compreensão

Para averiguar se existiu compreensão por parte do paciente, os entrevistados sugerem conversar/questionar o paciente e recorrer à experiência profissional, fazem também referência à importância da relação estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente (Quadro 25).

QUADRO 25
Categorias e Ocorrências sobre a Compreensão

Dimensão:		Compreensão		
Categorias	Ocorrências			
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas	
CONVERSAR / QUESTIONAR	3 E2; E4; E7	2 E6; E8	-	
RECORRER Á EXPERIÊNCIA	2 E2; E5	-	2 E1; E3	
ATRAVÉS DA RELAÇÃO	1 E5	1 E8	-	

3.4.7. Impossibilidade

Face à impossibilidade de obter o consentimento do paciente (por exemplo em doentes inconscientes ou sedados) todos os entrevistados afirmam que existe uma transferência de responsabilidade para o fisioterapeuta, para a equipa ou para a família (Quadro 26 e 27).

Esta é uma situação que coloca alguns dilemas éticos aos profissionais de saúde. Sem dúvida que, se o paciente está completamente impossibilitado de dar o seu consentimento para qualquer tipo de intervenção, terá de haver alguém que assuma a responsabilidade de tomar as decisões por ele. O fisioterapeuta, os outros membros da equipa ou a família têm que ter critérios que os auxiliem a assumir essa responsabilidade.

Os entrevistados defendem que a decisão substituída deverá ser baseada num consentimento presumido, ou seja, deverá ser fundamentada no que se conhece do paciente em causa, adquirindo assim a família um papel essencial na tomada de decisão. Os profissionais de saúde devem actuar de acordo com o privilégio terapêutico e as boas práticas, em beneficência do paciente e baseados na evidência científica.

Quadro 26

Dimensão: Impossibilidade. Categoria: Transferência de Responsabilidade

Excertos das Entrevistas	
E1 (Jurista)	“Actuar de acordo com o privilégio terapêutico e (...) recolher as informações possíveis (com a família por exemplo) para tomar a sua decisão substituída.”
E2 (Fisioterapeuta)	“...passa a responsabilidade para o profissional, no fundo existe um privilégio terapêutico.”
E3 (Jurista)	“...o único instrumento que temos é o consentimento presumido, que é o que está no código civil e no código penal...”
E4 (Fisioterapeuta)	“... actuar de acordo com a evidência, (...) devem ser respeitadas as indicações de boa prática e em determinado tipo de serviços, devia de haver numa equipa um acordo formal daquilo que devem ser os procedimentos padrão para determinado tipo de situações.”
E5 (Fisioterapeuta)	“O processo de consentimento informado deverá ser desviado, digamos assim, para esses familiares ou representantes.” “Mas quando é de todo impossível contactar esses familiares (...) a solução é sempre a equipa.”
E6 (Bioeticista)	“Agir como sempre se agiu na área dos cuidados médicos ou dos cuidados de saúde: agir em beneficência do outro. Agindo sempre da melhor forma possível, beneficiando o outro e garantindo a sua dignidade, mesmo em estados de extrema vulnerabilidade.”
E7 (Fisioterapeuta)	“...intervenho sempre que é solicitado a fisioterapia pela equipa.” “Falo com os familiares (...) a família entende que são situações de urgência e que confiará que os procedimentos efectuados são os necessários.”
E8 (Bioeticista)	“Deve recorrer a um familiar próximo ou seu representante legal.”

QUADRO 27
Categorias e Ocorrências sobre a Impossibilidade

Dimensão:		Impossibilidade		
Categorias		Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas	
TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE:	4	2	2	
- Para o Fisioterapeuta:				
Privilégio Terapêutico	E2		E1	
Em Beneficência		E6		
Baseado na Evidência	E4			
Boas Práticas	E4			
C. Presumido			E3	
- Para a Equipe	E4; E5; E7			
- Para a Família	E2; E5; E7	E8		

3.4.8. Dissentimento

Perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia, todos os entrevistados referem que se deve respeitar essa decisão. No entanto propõem que o fisioterapeuta aconselhe o paciente, esgote todas as hipóteses para obter a sua concordância, sem interferir com a sua liberdade de decisão; o fisioterapeuta terá também que explicar as consequências da recusa e tentar perceber a causa dessa decisão. Não deverá abandonar o paciente, mas informá-lo que pode mudar de opinião (Quadro 28).

QUADRO 28
Categorias e Ocorrências sobre o Dissentimento

Dimensão:		Dissentimento		
Categorias	Ocorrências			
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas	
RESPEITAR	4 E2; E4; E5; E7	2 E6; E8	2 E1; E3	
ACONSELHAR / ESGOTAR HIPÓTESES	2 E4; E7	1 E6	-	
EXPLICAR AS CONSEQUÊNCIAS	2 E2; E5	-	1 E3	
TENTAR PERCEBER A CAUSA	1 E4	1 E6	-	
NÃO ABANDONAR O PACIENTE	1 E4	1 E6	-	
INFORMAR QUE PODE MUDAR DE OPINIÃO	1 E2	-	-	

3.4.9. Menor

Na prestação de cuidados de saúde a um menor, os entrevistados são unânimes ao afirmarem que, o fisioterapeuta deverá obter o consentimento junto dos pais, tutores ou representantes legais. Dois dos inquiridos (uma fisioterapeuta e um jurista) referem que esta estratégia só se justifica em pacientes com menos de 14 anos. Dois dos entrevistados defendem que caso a decisão dos pais não vá de encontro ao melhor interesse do menor deverá ser ouvida a equipa e/ou reportar o caso para o tribunal de menores ou para o Ministério Público. Existem ainda referências à necessidade de, avaliando a sua capacidade de discernimento, ouvir o menor e obter a sua concordância (Quadro 29).

QUADRO 29
Categorias e Ocorrências sobre o Menor

Dimensão:		Menor		
Categorias	Ocorrências			
	Fisioterapeutas	Bioeticistas	Juristas	
PAIS / TUTORES / REPRESENTANTES	4 E2; E4; E5; E7 ¹⁶	2 E6; E8	2 E1; E3 ¹⁶	
TRIBUNAL MENORES/ MINISTÉRIO PÚBLICO ¹⁷	-	1 E8	1 E1	
OBTER A SUA CONCORDÂNCIA	-	1 E6	1 E3	
EQUIPA	-	1 E8	-	
OUVIR O MENOR ¹⁸	-	-	1 E1	

3.4.10. Incapaz

Perante um paciente aparentemente incapaz (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral), os fisioterapeutas inquiridos e os juristas defendem que deve existir uma transferência de responsabilidade para os familiares, tutores, cuidadores ou para quem esteja apto a substituir o paciente (caso o paciente seja considerado interdito e possua representantes legais); dois destes inquiridos referem que o fisioterapeuta deve actuar de acordo com o privilégio terapêutico depois de ouvir os familiares (Quadro 30). As bioeticistas e um jurista afirmam que se deve sempre tentar uma manifestação de vontade (Quadro 31).

¹⁶ Menores de 14 anos

¹⁷ Caso a decisão dos pais não vá de encontro ao melhor interesse do menor

¹⁸ Avaliando a sua capacidade de discernimento

QUADRO 30
Categorias e Ocorrências sobre o Incapaz

Dimensão: Incapaz			
Categorias	Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE:	4	-	2
- Família	E2		E1
- Família ou Tutor			E3
- Família ou Cuidadores	E7		
- Quem o substitua	E4; E5		
PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO	1 E4	-	1 E1
TENTAR MANIFESTAÇÃO DE VONTADE		2 E6; E8	1 E1

QUADRO 31

Dimensão: Incapaz. Categoria: Tentar Manifestação de Vontade

Excertos das Entrevistas	
E1 (Jurista)	“Mesmo em pacientes interditos há quem coloque a possibilidade deste ter alguma manifestação de vontade (...) existem limites de discernimento, até onde for o discernimento, pode ir a capacidade de decisão.”
E6 (Bioeticista)	“...eu vou ousar afirmar que nunca há ninguém totalmente incapaz (...) com muita perseverança e empenhamento, é sempre possível arranjar uma janela de comunicação e de estabelecimento da relação. É procurar essa pequena janela, com todas as dificuldades inerentes, mas não desistir.”
E8 (Bioeticista)	“...deixar sempre as situações de incapacidade para consentir para situações altamente extremas. Sempre que podemos investir numa situação de consentimento informado deve ser esse o nosso discurso.”

3.4.11. Ensino

Quando o fisioterapeuta é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um aluno estagiário, deve de acordo com os entrevistados, informar o paciente e obter o seu consentimento. Deve-se ouvir o paciente e aceitar, assim como respeitar a sua decisão (Quadro 32).

QUADRO 32
Categorias e Ocorrências sobre o Ensino

Dimensão:	Ensino		
	Categorias	Ocorrências	
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas
INFORMAR O PACIENTE:	4	2	1
- Esclarecer a Situação	E2; E4; E5; E7	E6; E8	E3
- Do Direito de Recusa	E2; E5; E7	E6	
- Da Responsabilidade do Ft ¹⁹	E2; E5	E6	E3
OBTER CONSENTIMENTO / OUVIR O PACIENTE	4	2	1
	E2; E4; E5; E7	E6; E8	E1
ACEITAR / RESPEITAR A DECISÃO	2	-	1
	E2; E4		E3

3.4.12. Investigação

No caso de o fisioterapeuta pretender a inclusão do paciente numa investigação, as bioéticos e os juristas referem não existir qualquer tipo de regulamentação específica para a fisioterapia; é necessário portanto seguir as regras de qualquer investigação científica. Um dos juristas aconselha a consulta da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Os fisioterapeutas afirmam que se deve informar o paciente, explicando toda a situação e referindo que o paciente pode recusar participar não sendo por isso prejudicado. Um dos fisioterapeutas refere a necessidade de garantir o anonimato e confidencialidade aos participantes na investigação (Quadro 33).

¹⁹ Ft - Fisioterapeuta

QUADRO 33
Categorias e Ocorrências sobre a Investigação

Dimensão:		Investigação		
Categorias		Ocorrências		
	Fisioterapeutas	Bioéticos	Juristas	
SEM ESPECIFICIDADE²⁰	1	2 E6; E8	2 E1; E3 ²¹	
INFORMAR O PACIENTE:	4	1	1	
- Explicar a Situação	E2; E4; E5; E7			
- Do Direito de Recusa	E2; E5; E7			
GARANTIR ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE	1 E5	1	1	

²⁰ Igual às regras de qualquer investigação científica

²¹ Referência à CDHB

4. CONCLUSÕES

Após a análise descritiva e interpretativa da informação recolhida nas entrevistas realizadas, procedeu-se à elaboração de um modelo explicativo do consentimento informado em fisioterapia, numa perspectiva pluridisciplinar. De seguida apresentam-se os mapas perceptuais elaborados para cada um dos objectivos específicos do estudo, onde se esquematizam as categorias com maior número de ocorrências, de modo a facilitar a avaliação da informação.

4.1. O PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

Constata-se que os académicos consideram que o processo de consentimento informado em fisioterapia se baseia no respeito pela autonomia do paciente, pressupõe o estabelecimento de uma relação de parceria e a partilha de informação de modo a obter uma autorização para intervir (Quadro 34).

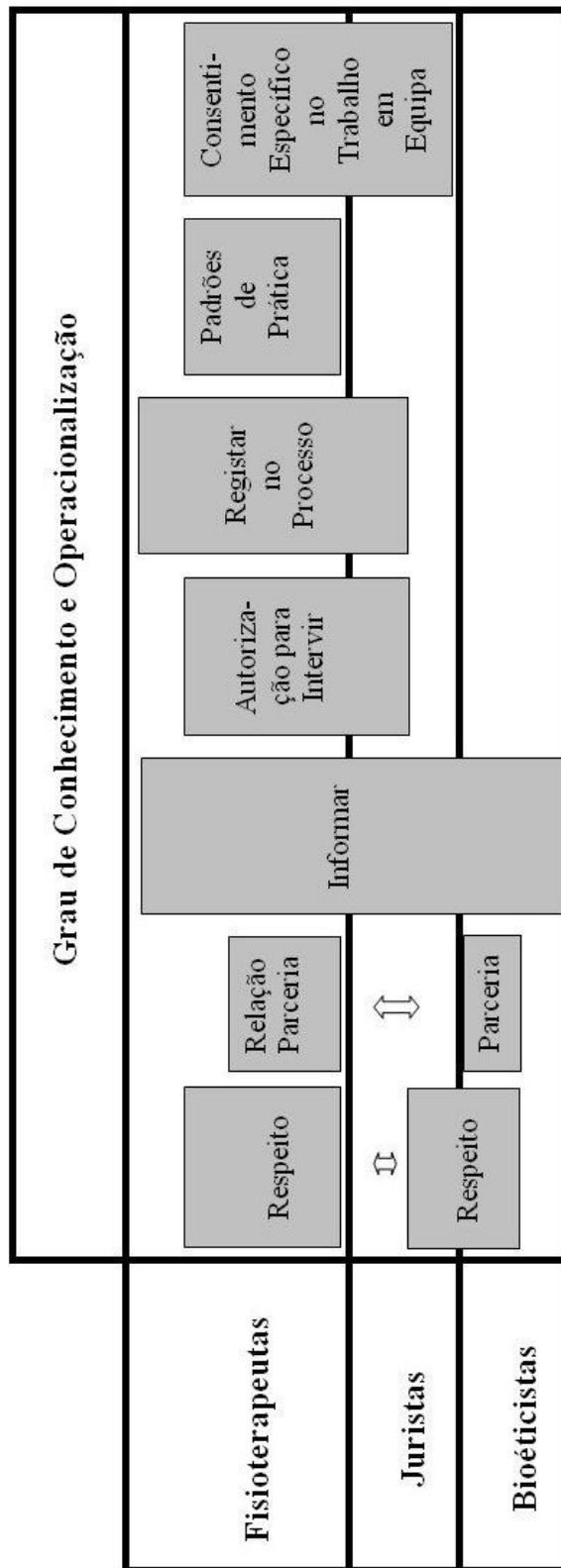
O fisioterapeuta deve seguir as orientações dos Padrões de Prática (Anexo 2), registar no processo a informação transmitida e indicar que obteve o consentimento do paciente. Os Padrões de Prática defendem que “deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado” (APF 2005:10).

Numa situação de trabalho em equipa é recomendado que obtenha um consentimento específico para a sua actuação. De acordo com os entrevistados e com os autores referidos no enquadramento teórico, é essencial uma delimitação prévia das tarefas determinando a autonomia das intervenções de cada elemento, de modo a evitar mal entendidos no seio da equipa, confusão de papéis e consequentemente má condução do processo de consentimento informado junto do paciente.

A perspectiva das bioeticistas valoriza essencialmente a parceria com o paciente, o respeito e a partilha de informação, questionando inclusivamente a terminologia de consentimento informado devido à especificidade da relação existente entre o fisioterapeuta e o paciente. No entanto, é aceite que o consentimento informado entendido como um acto de assinatura de um formulário não tem sentido na área de intervenção da fisioterapia, mas um processo que siga todos os seus requisitos de validade é essencial para demonstrar o respeito pela autonomia do paciente, exigível aquando da prestação de qualquer cuidado de saúde.

Na realidade, sempre se valorizou na fisioterapia a relação com o paciente. Os Padrões de Prática afirmam que o plano de intervenção é formulado em parceria com o paciente e que “o fisioterapeuta deve assegurar-se que o utente está completamente envolvido no processo de tomada de decisão durante o planeamento de intervenção, dando para o efeito o seu consentimento claro e expresso” (APF 2005:15).

Quadro 34
Mapa Perceptual: O Processo de Consentimento Informado em Fisioterapia

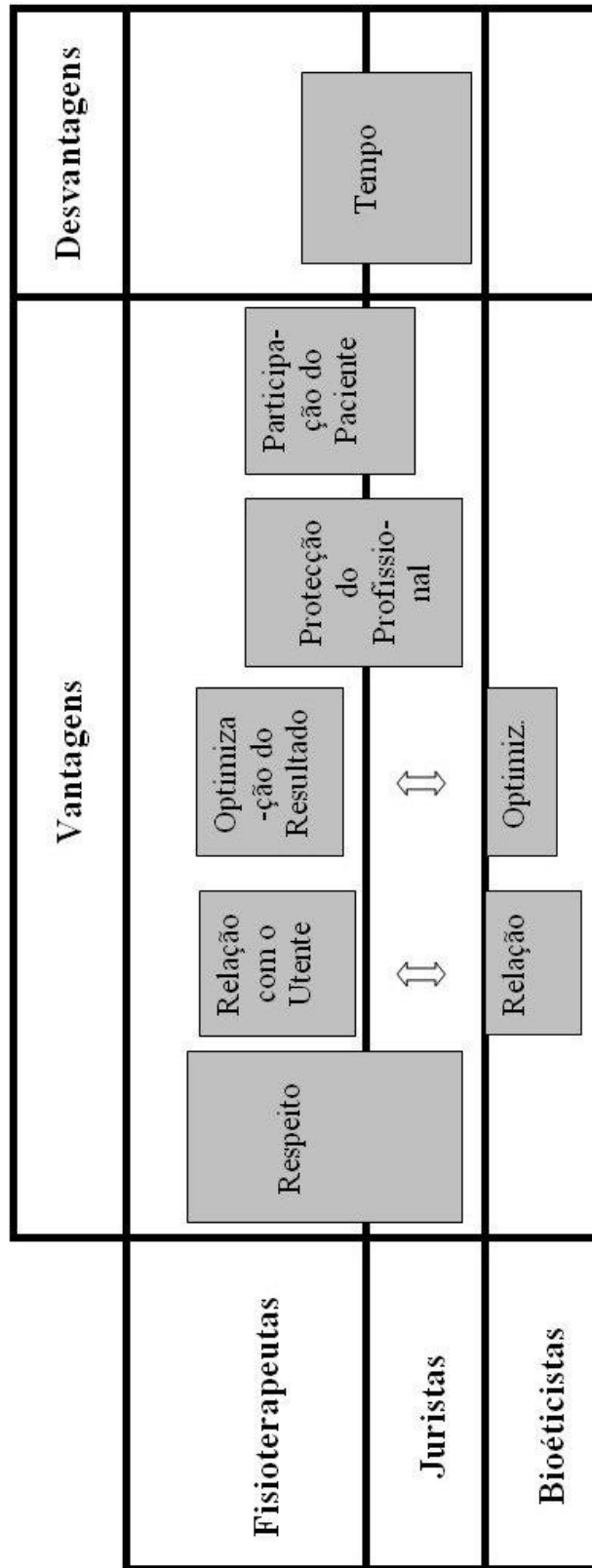


4.2. EFEITOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO EM FISIOTERAPIA

A implementação do consentimento informado em fisioterapia, exige que o profissional faça uma boa condução de todo o processo de modo a permitir, na perspectiva dos inquiridos, demonstrar respeito e fortalecer a relação existente entre o profissional e o paciente. Deste modo é possível facilitar a participação activa do paciente no seu processo de reabilitação e conseguir uma optimização dos resultados esperados. Além disso o profissional assegura uma protecção jurídica da sua intervenção (Quadro 35).

O tempo gasto para uma implementação correcta do consentimento informado em fisioterapia é referido como uma potencial desvantagem. No entanto, como a relação entre o paciente e o fisioterapeuta se caracteriza por ser mantida ao longo do tempo, existem habitualmente contactos múltiplos e tratamentos prolongados; esta situação facilita o estabelecimento de uma parceria, onde a escassez de tempo se torna um aspecto pouco significativo, quando comparado com outros profissionais de saúde cuja intervenção é pontual e esporádica.

Quadro 35
Mapa Perceptual: Efeitos do Consentimento Informado em Fisioterapia



4.3. INCENTIVOS E CONSTRANGIMENTOS

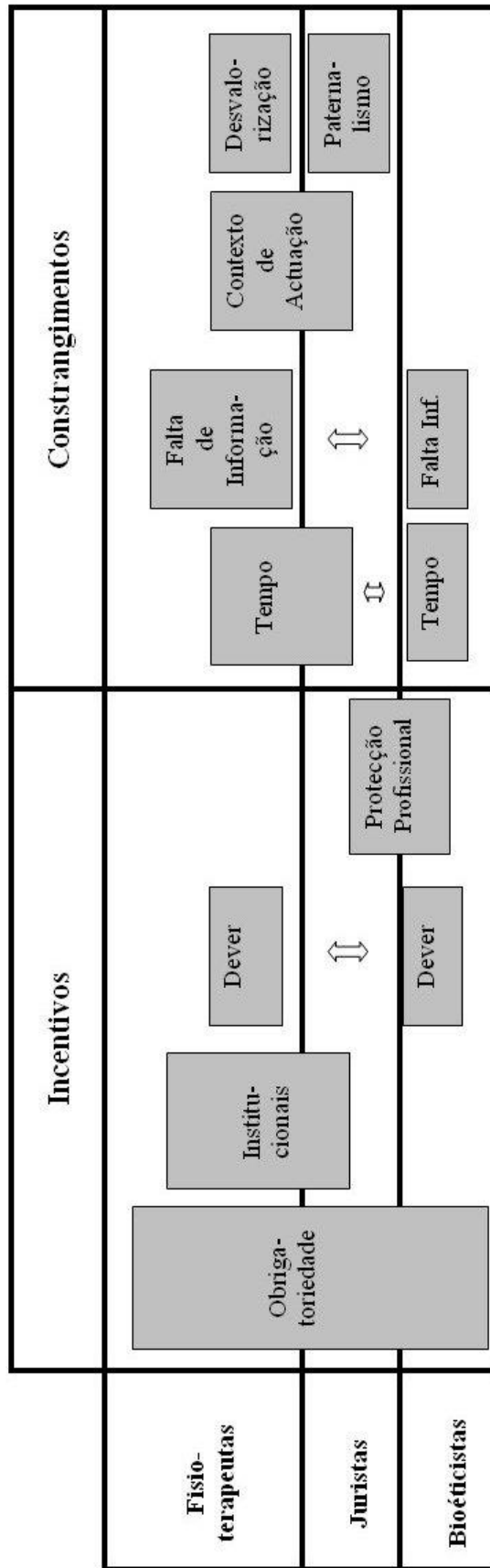
Os académicos que constituíram a unidade de análise desta investigação são da opinião que o consentimento informado deveria ser uma obrigatoriedade na prestação de cuidados de fisioterapia. Não sendo esta a realidade actual na maioria dos serviços, consideram que deveriam de existir incentivos institucionais que valorizassem a sua implementação. É também referido que o facto dos fisioterapeutas considerarem o consentimento informado como um dever e/ou como uma forma de protecção profissional pode funcionar como um incentivo para a sua aplicação prática.

Os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia são: o tempo, que poderá ser facilmente ultrapassado mas pode ser utilizado como desculpa; a falta de informação dos fisioterapeutas; o seu contexto de actuação, nomeadamente o seu nível de autonomia e as relações que estabelecem com os outros profissionais; a desvalorização deste processo e a prevalência de um paternalismo nos cuidados de saúde (Quadro 36).

A principal estratégia proposta para combater os obstáculos identificados é o ensino e uma formação de qualidade. Os fisioterapeutas consideram que a APF deve ter um papel activo e continuar a divulgação dos Padrões de Prática junto das escolas e dos profissionais que se encontram no exercício.

Quadro 36

Mapa Perceptual: Incentivos e Constrangimentos ao Consentimento Informado em Fisioterapia



4.4. ESTRATÉGIAS DE ACTUAÇÃO

4.4.1. A Validade do Consentimento

Para que o consentimento informado em fisioterapia seja considerado válido, os entrevistados referem que a relação que se estabelece com o paciente deve ser alicerçada no respeito pela sua autonomia, garantindo que as suas decisões são livres e fundamentadas numa informação que permitiu um verdadeiro conhecimento da sua situação e esclarecimento face à intervenção do fisioterapeuta. A informação a fornecer deverá dizer respeito ao processo de fisioterapia, ser simples mas suficiente para possibilitar o esclarecimento e deve ainda ser adaptada ao paciente em causa; ou seja deve de ir de encontro às suas capacidades, necessidades e expectativas. Para avaliar a competência ou capacidade de decisão do paciente, bem como a sua compreensão o fisioterapeuta deverá recorrer à sua experiência profissional e caso julgue necessário deve envolver outros profissionais, discutindo a situação em causa antes de ser tomada uma decisão final (Quadro 37).

Quadro 37
Mapa Perceptual: Validade do Consentimento Informado em Fisioterapia

	Autonomia	Informação	Competência	Compreensão
Fisio- terapeutas	Decisão Livre	Paciente Concreto	Envolver a Equipa	Conversar / Questionar
Juristas	Relação Parceria ↕ Informação/Esclarecimento	Processo de Ft ↕ Simples e Suficiente	Recorrer à Experiência Profissional	↕
Bioéticos	Relação	Paciente Concreto		Conversar

4.4.2. Situações Especiais

Face a situações especiais que podem causar dilemas éticos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia, os entrevistados apresentaram uma grande homogeneidade nas respostas (Quadro 38).

Face à recusa ou dissentimento a opinião dos entrevistados é de que se deve respeitar a sua decisão, mas sugerem diversas estratégias para clarificação da situação e acompanhamento do paciente.

Perante a impossibilidade de obtenção do consentimento informado, na prestação de cuidados de fisioterapia a um menor ou a um paciente aparentemente incapaz, os entrevistados sugerem uma transferência de responsabilidade para o profissional, para a equipa e para a família. O que está de acordo com os Padrões de Prática que afirma: “no caso de utentes que não apresentem capacidade para dar consentimento informado, por exemplo, utentes inconscientes, crianças, utentes com problemas mentais severos, confusos e alguns utentes com dificuldades de aprendizagem, o consentimento deve ser obtido, sempre que possível, por parte dos pais, tutores, ou outros indivíduos legalmente designados para representar o indivíduo” (APF 2005:10). É também referido que o fisioterapeuta deverá sempre tentar uma manifestação de vontade por parte dos seus pacientes.

Nos locais onde existam alunos de fisioterapia, o fisioterapeuta responsável pelo paciente deve informá-lo e caso pretenda que o aluno intervenha junto dele deve obter o seu consentimento e aceitar a sua decisão.

Em situações de investigação na área da fisioterapia, os entrevistados afirmam não conhecer uma regulamentação específica, devendo o fisioterapeuta informar os seus pacientes e seguir as recomendações gerais apropriadas para cada tipo de estudo.

Quadro 38

Mapa Perceptual: Situações Especiais do Consentimento Informado em Fisioterapia

	Impossibilidade	Dissentimento	Menor	Incapaz	Ensino	Investigação
Fisioterapeutas	Transfêrência de Responsabilidade	Respeitar	Pais / Tutores / Representantes legais	Transfêrência de Responsabilidade	Informar o Paciente ⇄ Obter Consentimento	Informar o Paciente
Juristas				Tentar Manifestar Vontade	⇄	Sem Especificidade
Bioéticos					Informar ⇄ Obter Consent.	

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde, neste caso específico – os fisioterapeutas, devem permitir e facilitar a participação activa dos pacientes, considerando-os como seres livres, autónomos e independentes, cuja vontade deve ser respeitada. A implementação de um processo de consentimento informado possibilita valorizar a relação que o fisioterapeuta estabelece com o seu paciente e demonstrar o respeito pela sua individualidade e autonomia.

O grau de conhecimento actual sobre o consentimento informado não pode ser considerado limitado, no entanto a sua implementação numa área de intervenção específica, como é o caso da fisioterapia, possui características particulares que foram neste estudo sujeitas a uma reflexão pluridisciplinar.

A fisioterapia não se adequa com aquilo que é o sentido comum do consentimento informado.

A especificidade da relação existente entre o fisioterapeuta e o paciente é a principal razão para a existência de particularidades no consentimento informado em fisioterapia. Esta relação, entendida como uma verdadeira parceria, deverá ser construída tendo em consideração os requisitos de validade do consentimento informado, ou seja, deve ser respeitada a autonomia do paciente; deve existir uma partilha de informação, que permita ao profissional o conhecimento total da situação e ao paciente um esclarecimento efectivo; o fisioterapeuta deve ainda averiguar a capacidade de decisão e de compreensão do paciente.

Como a intervenção da fisioterapia, em regra geral, pressupõe múltiplos contactos com os pacientes e uma diversidade de estratégias de intervenção, deverá ser valorizada a comunicação com o paciente e a actualização dos registos do fisioterapeuta, sendo dispensada a assinatura de um formulário de consentimento informado.

Nas situações de trabalho em equipa, o fisioterapeuta, independentemente do contexto de actuação, deve informar o paciente e obter o seu consentimento

sobre a sua intervenção; o que exige um bom funcionamento da equipa de saúde e uma delimitação de tarefas entre os diversos profissionais que a integram.

Os efeitos esperados da implementação do consentimento informado em fisioterapia estão directamente relacionados com a parceria com o paciente e incluem vantagens para ambos os intervenientes. Existe uma maior participação do paciente, um respeito mútuo e uma optimização dos resultados. O profissional tem uma intervenção mais segura e gratificante.

O consentimento informado entendido como um compromisso entre o paciente e o fisioterapeuta deveria ser uma obrigatoriedade, tendo as instituições uma responsabilidade de desenvolver incentivos para a sua implementação.

De modo a colmatar os constrangimentos e obstáculos, identificados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia, nomeadamente as referências à escassez de tempo e à falta de informação, deverá ser valorizado um ensino de qualidade, tanto na formação base, como na formação contínua ou pós-graduada.

Em casos especiais, passíveis de causar dilemas éticos, o fisioterapeuta deverá recorrer à sua experiência profissional, para realizar um julgamento da situação e averiguar a necessidade de envolver nas suas decisões outros elementos da equipa de saúde, familiares ou indivíduos legalmente habilitados para representar o indivíduo.

A realização deste trabalho académico traduziu-se em mais-valia pessoal e profissional, na medida em que os conceitos analisados e os conhecimentos produzidos pela pesquisa, ao estimular a reflexão sobre o fenómeno em estudo, aumentaram também a capacidade de compreensão do consentimento informado em fisioterapia, nas suas vertentes ética, deontológica e jurídica.

A divulgação dos resultados obtidos junto dos fisioterapeutas poderá contribuir para demonstrar a necessidade de englobar os princípios do consentimento informado na sua prática diária.

Com este estudo pretendia-se conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia, na perspectiva de académicos da área jurídica, da bioética e da fisioterapia. No entanto, sendo a organização final de uma reflexão pluridisciplinar, esta dissertação deverá também ser considerada

como um ponto de partida para a realização de outras investigações sobre este tema.

A quantidade e riqueza da informação recolhida nas entrevistas é reflexo do trajecto profissional dos elementos constituintes da unidade de análise. No entanto, em investigações posteriores, poderiam e deveriam ser valorizadas as perspectivas dos pacientes e as práticas dos fisioterapeutas face ao consentimento informado.

É curioso constatar, através da bibliografia consultada, que sendo encarado como um direito dos pacientes, o consentimento informado tenha sido maioritariamente desenvolvido e analisado na perspectiva dos profissionais e das instituições.

O ideal seria a construção de manuais de boas práticas que incluíssem orientações para uma boa implementação do consentimento informado em fisioterapia, sendo este entendido na sua forma mais ampla, como um processo resultante de uma parceria com o paciente.

6. BIBLIOGRAFIA

ALBARELLO, Luc et al

1997 **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva

ALMEIDA, Filipe

2003 “A Consciência Bioética e os Profissionais de Saúde” **Cadernos de Bioética**, Ano XII, Nº 33 (Dezembro), 5-10

ANDRADE, Manuel da Costa

2004 “Consentimento em Direito Penal – O Consentimento Presumido”, **Revista Portuguesa de Ciência Criminal**, Ano 14, nºs 1 e 2 (Janeiro-Junho)

ANTUNES, Alexandra

1998 “Consentimento Informado” in Daniel Serrão e Rui Nunes, **Ética em Cuidados de Saúde**, Porto: Porto Editora, 13-27

APF

2005 **Fisioterapia: Padrões de Prática**, Lisboa: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 3ª Edição

BARDIN, Laurence

1995 **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70

CABRAL, Roque

1996 “Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça” in Luís Archer; Jorge Biscaia e Walter Osswald (coords.), **Bioética**, Lisboa: Verbo, 53-58

CAMEJO, Luís de Salles

2005 “Consultório Jurídico: Consentimento Informado”, **Boletim Informativo da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas**, Maio, 10-11

CHILDRESS, James F. e BEAUCHAMP, Tom L.

1994 **Principles of Biomedical Ethics**, Oxford: Oxford University Press, 4ª Edição

CNECV

2006 **Pareceres e Recomendações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida** [on line]. Available: www.cnecv.gov.pt. Data de Consulta: 11 de Outubro de 2006

CRESWELL, J. W.

1994 **Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches**, Thousand Oaks, CA: Sage

DIAS, Carlos de Melo

2003 **Consentimento Informado: Como Mediador Razoável da Relação Profissional de Saúde-Doente**, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda. Dossier Sinais Vitais, nº 6

DIAS PEREIRA, André Gonçalo

2004 **O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente**, Coimbra: Publicações do Centro de Direito Biomédico, 9, Coimbra Editora

DGS

1998 **Circular Informativa nº 15/dspcs: Consentimento Livre e Esclarecido**, Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde

2006 **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**, Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde

ELIZARI, Francisco Javier

1996 **Questões de Bioética**, Porto: Editorial Perpétuo Socorro

FILIPE, Firmino

2004 “O Consentimento Informado” in Paulo Queirós et al (coords.), **Ética nos Cuidados de Saúde**, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda. Dossier Sinais Vitais, nº 3, 2ª Edição, 41-53

FODDY, William

2002 **Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários**, Oeiras: Celta Editora

FORTIN, Marie-Fabienne

2000 **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**, Loures: Lusociência, 2ª Edição

GIL, António Carlos

1995 **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, São Paulo: Editora Atlas, 4ª Edição

GUERRA, Isabel Carvalho

2006 **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso**, Estoril: Príncipia Editora, Lda

HOPE, Tony; SAVULESCU, Julian e HENDRICK, Judith

2003 **Medical Ethics and Law – The Core Curriculum**, London: Churchill Livingstone

JONSEN, Albert; SIEGLER, Mark e WINSLADE, J.W.

1998 **Ética Clínica**, Lisboa: McGraw-Hill, 4ª Edição

JORGE, Pedro Costa

2004 “A Declaração de Barcelona e a Criança em Risco: Um Contributo Ético à Eficácia Técnica” **Cadernos de Bioética**, Ano XII, Nº 36 (Dezembro), 97-120

KENIS, Yvon

2003 “Directivas Antecipadas” in Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa (coords.), **Nova Enciclopédia da Bioética**, Lisboa: Instituto Piaget

LORDA, P. Simón e CARRO, L. Concheiro

1993 “El consentimiento informado: teoría y práctica” **Medicina clínica**, 100(17), 659-663

LORDA, P. Simón e GUTIÉRREZ, J. Júdez

2001 “Consentimiento informado”, **Medicina clínica**, 117(3), 99-106

MARIZ, Manuel

2005 **Sentimentos e Significados no Consentimento Informado**, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.

MELO, Helena e NUNES, Rui (Relatores)

2006 **Parecer n.º p/05/apb/06 sobre Directivas Antecipadas de Vontade**, Porto: Associação Portuguesa de Bioética

MERRIAN, S. B.

1988 **Case Study Research in Education**, San Francisco: Josef-Bass

MORENO, Armando

2004 **Ética em Tecnologias da Saúde**, Lisboa: Medilivro

NOGUEIRA, João R.; LOUREIRO, Rui P. e SILVA, Ernestina M.

2005 “O Homem, a Ciência e a Bioética” in Escola Superior de Enfermagem de Viseu, **Trinta Anos**, Viseu: Escola Superior de Enfermagem, 19-26

NUNES, Rui Manuel Lopes

2002 **Bioética e Deontologia Profissional**, Coimbra: Gráfica de Coimbra, Colectânea Bioética Hoje – IV

OLIVEIRA, Guilherme de

1999 **Temas de Direito da Medicina**. Coimbra: Coimbra Editora

OSSWALD, Walter

2001 “Progresso da Ciência. Sentido e Limites” in Luís Archer et al (coords), **Novos Desafios à Bioética**, Porto: Porto Editora, 9-12

PARENTE, Paulo

2004 “Que Informação a Dar ao Doente/Família” in Paulo Queirós et al (coords.), **Ética nos Cuidados de Saúde**, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda. Dossier Sinais Vitais, nº 3, 2ª Edição, 7-26

PATRÃO NEVES, Maria do Céu

2001 “A bioética de ontem, hoje e amanhã: interpretação de um percurso” in Luís Archer et al (coords), **Novos Desafios à Bioética**, Porto: Porto Editora, 20-30

QUICY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van

2003 **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva, 3ª Edição

RAMOS, Henrique Vilaça

2003 “O Doente Perante o Seu Fim. Autonomia ou Paternalismo?”

Cadernos de Bioética, Ano XII, Nº 33 (Dezembro), 17-26

REIS, Joaquim da Cruz

1998 **O Sorriso de Hipócrates: A Integração Biopsicossocial dos**

Processos de Saúde e Doença, Lisboa: Veja

RENAUD, Isabel

2004a “Situações do Corpo e a Ética do Cuidado” **Cadernos de Bioética**,

Ano XII, Nº 36 (Dezembro), 5-16

RENAUD, Michel

2004 “Liberdade e Consenso” **Cadernos de Bioética**, Ano XII, Nº 36

(Dezembro), 39-46

SERRÃO, Daniel

1996 “Consentimento Informado”, in Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter

Osswald (coords), **Bioética**, Lisboa: Verbo, 78-81

SILVA, Paula Martinho da

1997 **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina – Anotada**,

Lisboa: Edições Cosmos

SINGER, Peter

2000 **Ética Prática**, Lisboa: Gradiva

SOUZA GUERRA, Isabel

2006 “Ética e Fisioterapia: O Consentimento Informado”, in **Hospitais de**

Portugal: Gestão e Tecnologia de Unidades de Saúde, Nº 1 (Janeiro/Fevereiro)

SWISHER, Laura Lee

2002 “A Retrospective Analysis of Ethics Knowledge in Physical Therapy (1970 – 2000)” **Physical Therapy**, Vol. 82, Nº 7 (Julho), 692-706

THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M. e BOYD, Kenneth M.

2004 **Ética em Enfermagem**, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 4ª Edição

TSCHUDIN, Verena

2003 **Ethics in Nursing: The Caring Relationship**, Philadelphia: Butterworth-Heinemann, 3ª Edição

VALA, Jorge

2003 “A Análise de Conteúdo” in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento, 12ª Edição, 101-128

VAZ CARNEIRO, António

2003 “A Complexidade da Prática Clínica: Análise baseada no Risco e na Incerteza”, **Boletim da Ordem dos Advogados**, Nº 29 (Novembro/Dezembro)

VAZ RODRIGUES, João

2001 **O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português**, Coimbra: Publicações do Centro de Direito Biomédico, 3, Coimbra Editora

WCPT

1995 **Declaração de Princípios**, World Confederation for Physical Therapy: 13ª Assembleia Geral

1999 **Descrição de Fisioterapia**, World Confederation for Physical Therapy: 14ª Assembleia Geral

LEGISLAÇÃO PORTUGUESA:

Lei de Bases da Saúde – Lei nº 48/90, de 24 de Agosto

Lei da Defesa do Consumidor – Lei nº 24/96, de 31 de Julho

Estatuto legal da carreira de Técnicos Diagnóstico e Terapêutica –
Decreto-Lei 564/99, de 21 de Dezembro

ANEXOS

Anexo 1 - Declaração de Princípios Éticos

Anexo 2 - Padrões de Prática

Anexo 3 - Guião da Entrevista

Anexo 4 - Pedido de Participação no Estudo

Anexo 5 - Declaração de Consentimento Informado

Anexo 6 - Pedido de Confirmação da Exactidão dos Dados Recolhidos na Entrevista