

ENTREVISTA Nº: 1 - JURISTA (1)

Local e data: Évora, 9 de Janeiro de 2007 **Duração:** 60 min

Hora de início: 16 h e 40 min **Hora final:** 17 h e 40 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Masculino **Idade:** 46 anos

Profissão: Docente Universitário e Advogado **Grau:** Licenciado + Pós-Graduação

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Não existe um consentimento informado para uma área específica, a não ser neste sentido, que é o de virar a questão ao contrário: que conteúdos existem no âmbito da fisioterapia, que, por força da invasão da esfera físico-psíquico-ambiental de um paciente, careçam de uma informação prévia e do posterior consentimento? Isto porque o que está em torno do consentimento informado é a protecção dessa esfera, dessa liberdade da decisão individual. A fisioterapia, como qualquer outra arte médica, falando em termos muito gerais, como em qualquer outra especialidade no campo da medicina, carece dessa informação prévia, do esclarecimento e do consentimento.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se deverá processar o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Aí tenho vários grupos de observações a fazer: Primeiro: é apenas para diagnóstico, o fisioterapeuta funciona apenas em termos de diagnóstico?

Investigadora: O fisioterapeuta necessita de chegar a um diagnóstico que orientará a sua intervenção.

Entrevistado: Pois... mas, normalmente ele é um executante, mas também tem autonomia, como disse e muito bem, portanto posso-me dirigir directamente a um fisioterapeuta e ele no campo do conteúdo autónomo das suas funções, exercer a sua actividade. Isto é um bom intróito para separar as águas e a separação das águas aborda duas questões. Primeira: vou já afastar aqui a parte mais pequena, naquilo que seja a autonomia profissional do fisioterapeuta, o consentimento e a informação precedente são também da sua responsabilidade.

Segunda, no que concerne ao trabalho em equipa, isto é, ao trabalho que decorra de um pedido que aparece a montante do procedimento, ou então, até eventualmente a jusante

(após a intervenção do fisioterapeuta), pode este, sempre no âmbito da sua autonomia ou recebendo um determinado paciente com determinadas medidas concretas para actuar, pensar: “mas eu preciso de colocar questões e fornecer informação sobre, por exemplo diabetes e reacções a calores ou a outras técnicas a aplicar”, e daqui resultar a necessidade de reencaminhar o paciente para o momento posterior. O que é que eu entendo? Uma coisa muito simples, pode perfeitamente o fisioterapeuta considerar que o paciente já vem informado e esclarecido, mas recorro-me agora dos ensinamentos do Professor Cattaneo, que vem dizer que cada agente médico — ele falava só para médicos eu estendo isto aos agentes médicos —, deve informar e confirmar os dados que advêm de autorizações anteriormente apresentadas; daqui a importância do processo clínico. Poderá dizer: “mas o fisioterapeuta pode não ter que saber, ou o agente médico que o precedeu pode não facultar todas as informações úteis”. Neste último caso, na esfera da sua autonomia, o fisioterapeuta deve fornecer a informação que considere relevante.

Investigadora: E acha que o fisioterapeuta deverá registar no processo clínico esses dados?

Entrevistado: Eu acho que o fisioterapeuta deve ter o seu próprio processo, se não existir procedimento clínico que lhe seja apresentado. Isto é matéria que fica na órbita do sigilo médico para a medicina privada ou na órbita do funcionamento das instituições hospitalares, quer privadas, quer públicas; visto que os processos clínicos só podem ser entregues ao paciente por via médica, porque podem conter informações que não sejam entendidas ou podem conter dados cuja informação tenha de ser dada de forma especial, como o diagnóstico de uma doença que coloca o paciente em risco de vida e obriga o médico a pensar duas vezes antes de dar a informação.

Investigadora: Em termos práticos como deve o fisioterapeuta obter esse consentimento perante o doente e provar que o obteve?

Entrevistado: É conjugando o gerúndio... Estamos no Alentejo e aqui utiliza-se muito esta expressão: — é fazendo! Eu não acredito no paternalismo médico, mas acredito em algumas das componentes do paternalismo médico, designadamente, a confiança; não vou tão longe que subscreva as teses da aliança terapêutica, mas reconheço que se não houver confiança, não existe o meio ambiente natural para a interacção eficaz com o paciente. A ideia de uma formalidade como uma declaração de consentimento (como a

que me apresentou para o registo da entrevista e posterior divulgação do teor do que daqui resultar), acho uma medida óptima, mas será absolutamente necessária ou meramente preventiva? O consentimento faz-se. São casos contados, aqueles em que a lei e o legislador determinam a necessidade em formalizar o consentimento. Como por exemplo na cessação voluntária da gravidez; na esterilização pura; nos transplantes e nos ensaios clínicos. Aí sim, exige-se uma formalização, porque, primeiro, implica uma ponderação e segundo, implica também um registo, uma prova. Agora se generalizarmos os formulários, colocarmos formulários para tudo e para nada, como neste momento os hospitais entenderam ou tem vindo a praticar em regra, passamos a ter consentimento informado por causa disso ou passamos a ter um registo de declaração de vontade ou pseudo-registo de declaração de vontade? O que me diz a minha experiência pessoal, e estou a dizê-lo em primeira mão, é que os hospitais prestam pouca informação, suspeito que a preocupação em registar os dados se deve mais por força da contabilidade e da estatística, etc...

Agora, quando um agente médico ou uma equipa é confrontada, por exemplo, com uma recusa de tratamento, verifica-se toda a preocupação em informar exaustivamente e registar a vontade do paciente, o que é curioso. Não há um dissentimento que não seja registado, ninguém tem alta do hospital por vontade própria, sem que lhe venham dizer, “o senhor tem que assinar”, mas na lei nada o obriga a assinar. Eu, pessoalmente, entrei num hospital com sintomas de um enfarte do miocárdio e só tive a confirmação quando disse, “olhem! eu vou-me embora”, e aí sim, explicaram-me logo tudo. Aí, todas as minhas perguntas tiveram resposta, até lá só me pediam confiança, mas as pessoas não tem de estar horas à espera só entregues à confiança, tem a legitimidade de dizer: não! não tenho confiança.

Investigadora: Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”. De acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistado: Sim, parece-me que sim, mas compreendo as dúvidas. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros tem já uma norma que parece abrir um alçapão para uma figura que me agrada de alguma forma e que é a de “advogado do paciente”. Ou seja, existem zonas de intersecção (sabemos perfeitamente que toda actividade médica neste

momento ganhou um leque de actuação que tem aumentado tanto como a especialização que a compõe)... Acredito que o médico clássico, digamos assim: do primeiro quartel do século passado, era um pouco como o barbeiro. Eu lembro-me bem, ainda da expressão dos “endireitas”, que era gente, que enfim... através do jeito que tinha, endireitava a perna, punha o bucho no sítio, etc..., o barbeiro arrancava dentes e o médico fazia de tudo. Se nós formos ver, muitos dos actos médicos que hoje são praticados e fazem parte dos mais variados conteúdos funcionais das várias profissões e especialidades médicas, eram actos não exclusivamente médicos e vice-versa. Ora, onde o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros parece ter inovado foi no dever de assegurar ao paciente o direito a uma informação médica para lá dos meros actos da profissão; é um pouco isto... posso extrair este sentido e alcance do diploma? Eu acredito que sim e acho isto estupendo, porque normalmente os agentes médicos, que não os médicos, criam relações de empatia mais fácil e há maior facilidade também na comunicação, por questões empíricas, não sei... ou por preconceito, tanto me faz. Venha a conclusão de onde vier, para mim é boa, para justificar que o paciente fique com maior consciência daquilo que deve fazer. Ao falarmos de informação temos vários níveis a considerar: não temos só a informação para o consentimento. Já que estamos a falar de informação, ao menos que a outra informação não fique esquecida. Se nós hoje sairmos daqui (só para terminar com um exemplo), e entrarmos numa farmácia para adquirir um medicamento, rubricamos um papelinho, que não é mais do que uma declaração de consentimento, que entrou no avio normal. É curioso: normalmente os agentes médicos explicam como tomar a medicação e por vezes os técnicos de farmácia até escrevem nas caixas, mas todos nós já estivemos numa farmácia a abarrotar de gente, sem oportunidade para esclarecimentos e quantos de nós ao chegarmos a casa e depois de ler a bula, ficámos com dúvidas?

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistado: O único caso que nós temos, que foi levado a julgamento, foi exactamente um caso em que um paciente diabético recebeu tratamento de fisioterapia e, na sequência do tratamento, desenvolveu uma isquémia: uma queimadura que evoluiu mal. Isto é curioso, é sintomático, poderia ter sido evitado. Se tivermos a disciplina do consentimento informado bem centrado na actividade médica, podemos poupar imenso a toda a gente. Podemos poupar aos tribunais e aos próprios agentes que estão envolvidos. Há ganhos para todos a todos os níveis e claro que o grande beneficiado é o

paciente. Imagine que eu não tenho um tendão do dedo e sou submetido a x sessões de fisioterapia para desenvolver os músculos até ao limite possível, para que os músculos compensem a sua função (não sei se estou a dizer um grande disparate, mas isso já aconteceu comigo), o que me diz o fisioterapeuta é que eu devo repetir algumas sessões ano a ano para manter a funcionalidade; se eu não o quiser fazer existem um sistema de molas, com diferentes graduações através de um dinamómetro, e devo fazer exercícios até ao limite da dor e ir a umas consultas periódicas de modo a controlar a situação; se usar anéis devo ter cuidados adicionais; se começar a sentir determinados sintomas devo consultá-lo ou ao médico. Ora bem, ao tempo isto era missão do médico, hoje será a missão do médico ou poderá confiar isso ao fisioterapeuta? É uma zona de intersecção partilhada com um dever partilhado. Portanto, existem todas as vantagens na aplicação do consentimento informado.

Investigadora: Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

Entrevistado: Claro que podem existir potenciais desvantagens. Num consentimento informado que seja, por exemplo, o resultado de uma verdade absoluta, o primado da verdade absoluta, com uma frontalidade sem qualquer tipo de envolvimento, etc... podem criar-se sequelas negativas para o próprio paciente. Outra desvantagem poderá ser a repetição. Repetições de informação, estas, que podem gerar contradições e confusão no paciente. Deseja-se um bom contacto intra-equipa e entre os elementos das várias equipas de modo a evitar isso. Terceira linha: a nível institucional, temos hoje de ser pragmáticos e sabemos que um dos reflexos da sociedade de cariz ocidental, que se entende progressista, tem um serviço nacional de saúde. Ora o serviço nacional de saúde é complicado, é caríssimo (tanto mais quanto lhe adicionarmos o tempo da informação), portanto, este é um dos defeitos face a este objectivo e há que o ponderar. Na generalidade das actividades profissionais existe confiança. Pense no seguinte: se levássemos o regime do consentimento informado a tudo e mais alguma coisa: a minha integridade físico-psíquico-ambiental está em risco cada vez que vou a um restaurante e não passa pela cabeça de ninguém, vemos o chefe da cozinha vir à mesa dar explicações sobre o óleo (que só foi utilizado 4 vezes), como as batatas foram cortadas, etc... Em rigor, está a ver o paralelo, bom... o que é que eu digo, melhor, o que diz o Professor Fernando Araújo, que para mim faz sentido, se é que eu estou certo naquilo que entendi é o seguinte: existe uma natural repartição e confiança entre o paciente e os profissionais. E o que vale para o demais, vale para a medicina: se eu entrego a

concepção da minha casa a um arquitecto, o arquitecto contacta um engenheiro, o engenheiro e o arquitecto tutelam um empreiteiro, o empreiteiro tem a fiscalização e certificação junto da câmara, há uma delegação de competências natural. Não faz sentido que, para construir uma casa, eu tenha de receber informações próprias de não sei quantas licenciaturas e andar ainda a fazer a arte que tenho. Se associarmos isto a um pragmatismo, é óbvio que tal significa tempo. Para informar, para obter o consentimento, é necessário tempo. Então começamos a perceber que não estamos a falar só de um prato de uma balança, mas estamos a falar também de uma balança, e temos que ver onde é que o fiel fica ajustado. O consentimento informado não é o mesmo em Portugal e em outros países, tal como mostram os filmes e as séries televisivas sobre o tema, onde se vê os agentes médicos a falar constantemente: eles estão a actuar e estão ao mesmo tempo a prestar as informações. Assim não perdem muito tempo. Quem já passou pela experiência das urgências de um hospital português só ouve gemidos, silêncios e as ordens “tire a camisa”, “vista a bata”, “deite-se ali”. Não é isto? Estou muito longe da realidade? Creio que não!

Investigadora: Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Bom, infelizmente, o medo de uma condenação em tribunal parece ser o principal incentivo.

Investigadora: Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?

Entrevistado: Sim. A responsabilidade neste momento, existe a todos os níveis. Existe uma responsabilidade civil. Qualquer paciente que seja submetido a uma intervenção médico-cirúrgica sem consentimento, ou com um consentimento formulado deficientemente pode accionar o agente médico e pode accionar até a instituição. Existe responsabilidade criminal, artsº 156 e 157 do Código Penal (salvo erro, se não me falha a memória) – *crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários*. Este crime não tem nada que ver com a actuação, portanto; a actuação médica pode ter sido diligente e com bons resultados, o que não é obrigatório, mas verifica-se o crime se a autonomia do paciente tiver sido invadida e este não se conformar com a mentira ou a deficiência da informação. Existem muitas formas de prestar informação existe informação útil e informação que é perfeitamente inútil. Nós ainda temos uma cultura

paternalista e isto vem ao de cima em quase todas as conversas que temos com médicos e agentes médicos, pelo que será fácil comprovar o que afirmo, regra geral.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Acima de tudo acho que residem em questões culturais e numa certa dificuldade de comunicação. Nós nunca demos muita importância à teoria da comunicação. E ela é tão importante como o dinheiro, a saúde; tão importante como a própria vida. Nós actuamos em sociedade porque comunicamos. Nós sabemos que a ciência médica é uma ciência altamente técnica, com uma linguagem muito específica e, portanto, é perfeitamente natural que um agente médico recorra facilmente às expressões técnicas. Se eu disser ao paciente que ele vai padecer de cefaleias, se calhar só alguns entenderão. É um pouco a história do Professor Daniel Serrão, que ouvi contada ao Professor Guilherme de Oliveira: uma vez para transmitir a um paciente que tinha uma doença cancerígena, começou a conversa, lá disse que estava preocupado e o homem estava todo satisfeito; avançou: — «o senhor tem um cancro!» e o homem riu-se; até que lhe perguntou: “de onde o senhor vem?”, ao que ele respondeu: “eu sou transmontano”. “Ah! O senhor tem um mal ruim!”, e ele percebeu e desfez-se. É isto que está em causa, se eu conseguir transmitir a mensagem tudo se torna fácil. Quando eu comprei uma enciclopédia/dicionário médico, constatei que existem várias nomenclaturas que são facilmente traduzíveis. Enfim...

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?

Entrevistado: O Ensino, como em tudo.

Investigadora: Na formação de base dos profissionais de saúde?

Entrevistado: Tem de ser na formação de base e na formação ao longo da vida. O agente médico deve saber distinguir com quem está a falar e saber codificar quando tem de codificar e descodificar quando tem de descodificar. Eu não preciso de saber toda a minha anatomia ou todo o sistema digestivo porque me descobrem uma bactéria “não sei quantas” que, no fundo, provoca uma úlcera, mas preciso de saber que tenho um bichito qualquer no estômago que me pode furar se eu não fizer a medicação, etc...

Qual é a dose de informação? O agente médico tem que ter na sua base genética, no seu DNA profissional, o gene que lhe permite fazer essa selecção.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistado: Bom, insisto: fazendo. A generalidade das pessoas saem gratas das mãos dos agentes médicos, basta ver os jornais, estão recheados de agradecimentos, é uma coisa que eu acho incrível e que é muito nossa. Por vezes as coisas até correram mal. E esta é a resposta não jurídica, de quem vive a sociedade e observa.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistado: Estando convicto de que foi fornecida informação que permitiu um esclarecimento e uma tomada de decisão livre.

Investigadora: Como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistado: Para além, do que já foi dito ao longo desta entrevista, acrescento apenas que a informação a fornecer deverá prestar tributo aos princípios da simplicidade e da suficiência. Devem ser comunicadas também as consequências previstas e riscos possíveis, tal como as alternativas.

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistado: Conversando com o paciente e recorrendo à sua experiência profissional.

Investigadora: Como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente?

Entrevistado: Mais uma vez, o agente médico deverá recorrer à sua experiência profissional para avaliar a situação, poderá também certificar-se que o paciente está esclarecido mediante questões cruzadas e mostrar-se disponível para esclarecimentos adicionais.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistado: Actuar de acordo com o privilégio terapêutico e sempre que possível recolher as informações possíveis (com a família por exemplo) para tomar a sua decisão substituída.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistado: A decisão do paciente deverá ser respeitada. O dissentimento pode ser total ou parcial. Vamos imaginar que eu sou confrontado com um doente grave, um doente oncológico; posso ter de aceitar a agressividade. Se o agente médico me diz “olhe, o senhor tem uma expectativa de vida que ronda os 3 anos e vai passar desses 3 anos, um ano sem cabelo, com dor, com enjoos, etc... em alternativa pode reduzir isso a 2, os meios alternativos são menos agressivos, menos invasivos, mas menos eficazes”. O paciente pode tomar uma má decisão na perspectiva do estado da arte da medicina, mas é a decisão dele próprio. Posso preferir “como só uma vez, morro ou não morro, o problema é meu, mas como a refeição que eu quero”.

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistado: Aí a questão coloca-se a dois níveis. Primeiro: os pais e depois o que é um menor? Se o menor tiver suficiente discernimento tem de ser ouvido, tem de ser atendido e a decisão dele será aferida. Eu sei que isto é um pouco ridículo, o discernimento normalmente é aferido pela racionalidade da resposta, portanto tudo aquilo que eu acabei de dizer desaparece, porque se o menor disser que não quer fazer a fisioterapia porque amanhã tem um torneio de xadrez, o agente médico (como eu, como qualquer pessoa normal) dirá que ele tem uma resposta infantil, deixa de ser uma resposta consciente para passar a ser uma resposta infantil. Não obstante esta componente, existe sempre um instituto de representação. Normalmente, o menor é representado pelos pais que tem a tutela e existe ainda o Estado, através do Ministério Público. Portanto se dúvidas existirem sobre uma intervenção, independentemente da decisão dos pais, mesmo quando os pais dão o dissentimento, afirmando que não

querem determinada intervenção, ou não querem transfusão de sangue, etc..., poderá ser consultado o Ministério Público para analisar a causa de licitude.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistado: Se não existir capacidade de decisão encontro analogia entre um paciente que entra em coma e um paciente que entra com uma lesão cerebral, que não tem condições para manifestar a sua vontade. Não vejo grande diferença, há causas diferentes, mas o efeito é o mesmo. Se houver certezas sobre o benefício da intervenção vamos ao privilégio terapêutico, se existirem suspeitas deve ser desencadeado um processo de esclarecimento junto da família. Mesmo em pacientes interditos há quem coloque a possibilidade deste ter alguma manifestação de vontade, o que acontece por exemplo nos pacientes do foro mental, existem limites de discernimento, até onde for o discernimento, pode ir a capacidade de decisão.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistado: Se o pretende fazer deve obter o consentimento do paciente. A questão é esta: não me é indiferente quem me vai tratar, por aí entendo que há uma relação com determinada pessoa, mas existem casos em que não o posso fazer, mas devo ter essa opção. Se for eu mesmo a escolher, então aí é totalmente diferente, no privado se eu me dirijo a determinado agente médico e quero ser tratado por ele, é ele que eu quero e ponto final. Agora se me aparecer lá outro agente médico qualquer e eu não quero... Valem as regras do dissentimento.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistado: Aqui não é a questão da fisioterapia que está em causa, é a questão de estarmos em caminhos, digamos assim, onde a ciência médica está no limite da construção, do que sejam as regras próprias da arte. Tanto quanto julgo saber, alguns estudos que foram feitos a nível de tratamentos, ensinam o seguinte: normalmente o paciente a quem é proposto um tratamento com um grau de incerteza, que está numa

zona limite da ciência médica, predispõe-se, até com boa vontade e poderá ser pago. Pago no sentido, por exemplo, em que o tratamento não lhe é cobrado.

ENTREVISTA Nº: 2 - FISIOTERAPEUTA (1)

Local e data: Rebelva, 11 de Janeiro de 2007 **Duração:** 25 min

Hora de início: 18 h e 45 min **Hora final:** 19 h e 10 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Feminino **Idade:** 60 anos

Profissão: Fisioterapeuta + Docente **Grau:** Mestre

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: O consentimento informado será... o ter da parte do doente a autorização para a intervenção do fisioterapeuta, após uma explicação clara (e clara no sentido do entendimento do doente, portanto não utilizando nenhuma terminologia técnica), daquilo que foi a avaliação que o fisioterapeuta fez ao doente e na sequência dessa avaliação, qual é a intervenção que vai ser feita e portanto, mediante o conhecimento daquilo que é possível que o fisioterapeuta lhe vá fazer, o doente manifestar que consente nessa intervenção.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (isto de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se processa o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Nessa questão do consentimento informado em fisioterapia, alguns dizem que em certas situações não tem uma grande justificação, visto que o doente se desloca, na maior parte das vezes, directamente ao fisioterapeuta. Neste caso, ele está a dar o seu consentimento e portanto muitos afirmam que é algo automático, que não precisa de ser pedido, uma vez que vem o doente por modo próprio pedir essa intervenção. Porém, o fisioterapeuta tem várias possibilidades de intervenção e nesse sentido tem que as descrever junto do paciente para obter esse consentimento. Mas a sua pergunta é como se processa?

Investigadora: Exacto, em termos práticos, como se processa?

Entrevistada: Em termos práticos, deve ser na primeira vinda do doente junto do fisioterapeuta e após, conforme dizem os modelos das boas práticas, uma apresentação do fisioterapeuta, fazer a sua história, etc. De seguida, deve-se começar por informar o que vai ser feito, o modelo de avaliação e nesse sentido, pedir imediatamente autorização ao doente para fazer essa avaliação e sistematicamente o mesmo deve ser

feito quando há mudanças de técnicas ou de modelos de intervenção. No entanto, é claro que em relação ao consentimento informado, aquilo que está descrito é que deve ser escrito. Nesta primeira avaliação, deverá ser escrita e assinada pelo doente uma autorização formal para a intervenção do fisioterapeuta, mas isto não implica que, informalmente e em determinadas circunstâncias não seja pedido também um consentimento informal. Quando, por exemplo, se vai fazer uma manipulação ou em áreas da saúde da mulher, como no caso das incontinências, ou seja, para intervenções específicas deve ser novamente pedido esse consentimento escrito.

Investigadora: E acha que deverá existir um formulário próprio ou basta o registo no processo do doente?

Entrevistada: É obrigatório o registo no processo do doente. Alguns fisioterapeutas que tem trabalhado estas questões e pelas razões que eu aponte anteriormente, dizem que muitas vezes não é obrigatório um formulário onde o doente assina o seu consentimento. Todavia, é obrigatório que esteja no processo do doente, escrito pelo fisioterapeuta, no mínimo, que explicou ao doente quais os procedimentos que iria realizar e que nesse sentido obteve o consentimento do doente.

Investigadora: Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”, de acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistada: Claro, sempre. Não percebo muito bem se o que quer dizer é que se o consentimento já está dado para uma intervenção de uma equipa então o fisioterapeuta não precisa de o pedir. Mas as intervenções são autónomas, e o doente tem de consentir para cada uma das intervenções. Elas são diferentes, mesmo que sejam realizadas em conjunto, em multidisciplinaridade. Eu acho que deve haver um consentimento específico. A não ser que seja mesmo ao mesmo tempo. SE estão três profissionais a fazer uma actuação ou actividade qualquer, claro que aí não é preciso cada um pedir, mas é preciso que se esclareça o que é o conjunto da actividade e se há consentimento para aquela actividade conjunta, mas acho que é a única circunstância. De resto, o facto

de haver uma equipa e se tiverem intervenções separadas, o fisioterapeuta, na minha perspectiva, tem a mesma actuação do que se tiver a trabalhar independentemente.

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistada: Eu se calhar não lhe sei dizer se há vantagens directas, o que eu penso é que, hoje em dia com o “empowerment” do doente, com a capacidade que este, cada vez mais tem de discernir, de estar cada vez mais informado e também através do acesso que tem à internet para compreender, muitas vezes, algumas intervenções, ele tem que as autorizar, sendo que aqui à uns anos atrás se calhar não tinha a capacidade de entender. Portanto as vantagens são um paciente muito mais informado, muito mais capaz de interagir com o profissional e de certa maneira, eu acho, que isso também pode dar uma segurança ao próprio profissional.

Investigadora: Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

Entrevistada: As desvantagens... eu se calhar não encontro propriamente desvantagens, encontro dificuldades por parte dos profissionais, em entenderem o que é o consentimento informado e em agirem de acordo com as normas de boas práticas. Portanto, encontro dificuldades da parte dos profissionais, desvantagens não encontro. Acho que isto é um caminho percorrido por muitas outras profissões e que a nossa profissão também já está atrasada, pelo menos no nosso país. Nesse sentido, acho que é um caminho como outro qualquer e portanto acho que é um direito do utente. Assim, ele tem o direito de querer ou não uma determinada intervenção e também, de dentro do conjunto da intervenção de querer ou não determinados procedimentos.

Investigadora: Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Não sei se consigo encontrar incentivos. Está a falar de que maneira é que pudemos pôr os fisioterapeutas a fazer isso, não é?

Investigadora: Exacto!

Entrevistada: Eu penso que, da mesma maneira que se faz o “empowerment” do doente, também se tem que fazer ao fisioterapeuta. Portanto, tem-se que responsabilizar o fisioterapeuta por coisas que se calhar à partida a eles não lhe parecem de utilidade. Como lhe digo, acontece muito isto, porque é que eu preciso de pedir o consentimento, se o doente veio ter comigo para se tratar. Mas isso não significa que ele venha fazer uma coisa que sabe exactamente o que é e portanto isso obriga a informação, porque é preciso não esquecer a parte do “informado” no consentimento e essa parte é fundamental.

Investigadora: Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?

Entrevistada: Eu acho que deve ser obrigatório. Não acho que deva ser imposto, dizer que a partir da agora e desta data tem que haver um papel assinado mas acho que deve fazer parte dos procedimentos normais de qualidade, sempre que há uma intervenção de fisioterapia.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Eu acho que, muitas vezes, o principal constrangimento é não conhecimento do que é o consentimento informado por parte dos fisioterapeutas, o significado que isso tem, o que isso tem também de parceria com o utente. Acho que o consentimento começa logo com esta parceria, com troca de informação e conhecimento e portanto acho que é, provavelmente, a não compreensão da importância desta parceria que se tem com o doente.

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?

Entrevistada: Uma das estratégias que nós, enquanto associação, temos vindo a implementar mas sempre numa medida relativamente pequena, é 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. Esse documento dos Padrões a nível da Associação, já teve três revisões. Desta forma é sistematicamente divulgado junto dos profissionais. É um documento que

deve ser de consulta obrigatória e os fisioterapeutas tem que o entender, não como um documento da Associação mas como um documento que é seu e que aquilo que lá está, são padrões mínimos de qualidade para a prestação de cuidados de fisioterapia e nesse sentido, todos os fisioterapeutas são obrigados a tê-los em conta.

Investigadora: Portanto é necessário uma formação dos fisioterapeutas.

Entrevistada: Penso que também a nível das escolas, deve ser feito um esforço muito grande para a divulgação desses Padrões da Prática. Quando se fala em Padrões, o consentimento está nele incluído. Portanto, a divulgação do consentimento deve estar a par da divulgação dos Padrões de Prática e estes documentos são documentos de uma organização denominada Confederação Mundial de Fisioterapia. Portanto, todos os fisioterapeutas devem se sentir abrangidos por eles. A nível das escolas, eu acho que é obrigatório que, durante o percurso curricular de um aluno, aquele documento seja mencionado e divulgado. Mais, que seja trabalhado pelos alunos enquanto trabalho escolar.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistada: Tem que ter a certeza que a pessoa está em condições de compreender aquilo que lhe está a ser explicado. Tem que se ter a certeza de que a pessoa tem boas condições de discernimento para entender aquilo que é dito e de compreensão da linguagem. Tem que se ter a certeza de que, ao dar aquele consentimento, a pessoa sabe aquilo que está a autorizar. Em suma, ter a certeza de que há uma boa compreensão daquilo que está a ser feito e dito.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistada: Eu acho que a capacidade e a liberdade de decisão do doente tem que estar presente em todos os momentos desta parceria que se faz com o doente. Para mim, isso nem sequer está em causa. Aquilo que pode estar em causa é a tal capacidade de compreensão e de discernimento do doente para perceber o que está a acontecer. Agora a liberdade do paciente, não pode estar em causa em momento nenhum desta parceria.

Investigadora: Como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistada: Eu acho que a selecção da informação tem a ver com o processo da fisioterapia. Tem a ver com o processo de avaliação da situação, de diagnóstico da fisioterapia e com o próprio processo de intervenção. O fisioterapeuta tem que seleccionar aquilo que, nesta metodologia de avaliação e diagnóstico, seja necessário para explicar ao doente qual é a situação dele e para obter o seu consentimento. Portanto faz parte das competências do fisioterapeuta.

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistada: Eu percebo a sua pergunta... é claro que nós não conseguimos fazer estudos que garantam que este doente tem capacidade ou ter um instrumento que nos permita garantir que o doente não está com capacidade de discernimento. Mas, por exemplo, se é uma criança, temos de garantir que há um adulto, que é o seu responsável, que tem essa capacidade e eu acho que as competências do fisioterapeuta lhe dão medidas mínimas para perceber o estado mental e do tal discernimento do doente, para perceber que está em condições ou não. É claro que temos, por exemplo, a situação das Unidades de Cuidados Intensivos onde, por vezes, os doentes não tem condições de se manifestar. Todavia, estão estabelecidas normas genéricas para as Unidades de Cuidados Intensivos ou para unidades onde os doentes estão nessas condições específicas, em que a responsabilidade é passada para o profissional de saúde. Noutras circunstâncias tem que ser o familiar que tem de decidir por ele.

Investigadora: Como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente?

Entrevistada: Pois...eu não sei. Se ele compreendeu? Não sei. Porque acho que partindo do tal pressuposto que o fisioterapeuta tem competências para entender se o estado do doente é de compreensão, consegue compreender o problema e as situações. Não temos um questionário para perceber se o estado mental permite ou não compreender, mas acho que o fisioterapeuta tem obrigação de ir até às últimas consequências. Se entender que não está a ser compreendido, acho que deve esclarecer e tornar a esclarecer até ter a certeza de que a pessoa está a entender aquilo que é dito. Agora dizer que tem uma possibilidade de claramente dizer até aqui entendeu, daqui para a frente não entendeu, não é possível.

Investigadora: A próxima pergunta já foi respondida à pouco e era como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistada: Exactamente, passa a responsabilidade para o profissional, no fundo existe um privilégio terapêutico.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistada: Acho que deve reagir explicando ao doente as vantagens do que poderia ter feito, as desvantagens de não o fazer, de não obter a intervenção daquele fisioterapeuta e aceitar, explicando claramente quais os prejuízos da não aceitação. Todavia, deve aceitar sempre a recusa para a prestação de um cuidado ou para a intervenção do fisioterapeuta. Sempre explicando as desvantagens de não o fazer e clarificando que aquela recusa não é definitiva, que o doente vai ter a oportunidade no dia seguinte ou no momento seguinte de mudar a sua opinião sobre a intervenção.

Investigadora: E perante a recusa parcial, ou a recusa a determinado procedimento, acha possível chegar a acordo sobre procedimentos alternativos?

Entrevistada: Acho que deve ser tentada essa situação mas sempre tendo em conta, e eu acho que essa questão é muito importante, que o fisioterapeuta não pode aceitar prestar tratamentos alternativos que a evidência científica declare não terem o mesmo efeito daquilo que foi proposto. Ou seja, se o paciente diz, como sabe acontece muitas vezes, “eu só quero fazer calor” e se isso não resolve a situação do doente, e se não resolve tem que ser claramente explicado. Substituir uma intervenção por outra a pedido do doente, onde elas não sejam verdadeiramente alternativas, não deve ser realizado.

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistada: Já falamos um pouco disso. Acho que deve proceder exactamente da mesma maneira que procede com um maior, junto de um familiar ou do cuidador responsável pela criança.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistada: Eu penso que deve seguir as mesmas normas e trabalhar as questões do consentimento junto de um familiar capaz e responsável.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistada: O doente deve ser informado e deve-se aceitar, aliás também está nos padrões, que o doente tem o direito de recusar ser tratado ou sofrer uma intervenção por parte de um aluno ou estagiário. Claro que, mais uma vez, eu acho que estas coisas não são taxativas, no sentido em que devem sempre faladas com o doente, bem explicado que a responsabilidade da intervenção continua a ser do fisioterapeuta e nunca do aluno, porque este não é responsável pela intervenção que é feita. O aluno tem uma intervenção baseada naquilo que já foi discutido com o seu supervisor e que o doente terá sempre a última palavra. Tem o direito de recusar e se ele tal acontecer, a intervenção deverá ser feita por um profissional.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistada: Continua a ser exactamente a mesma coisa. O fisioterapeuta fala com o doente, tem de explicar claramente qual é a situação, quais são os pressupostos à partida, o que é esperado da parte do doente e a sua aceitação ou não. No caso de não aceitação, agir sempre da mesma maneira, com uma boa explicação ao doente e aceitar quando o doente disser claramente que não quer participar.

ENTREVISTA Nº: 3 - JURISTA (1)

Local e data: Coimbra, 17 de Janeiro de 2007

Duração: 35 min

Hora de início: 15 h e 45 min

Hora final: 16 h e 20 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Masculino

Idade: 32 anos

Profissão: Docente Universitário

Grau: Mestre

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Ora bem, o consentimento informado é um acto com um conteúdo deontológico e ético que deve de ser cumprido pelos profissionais de saúde. Está mais estudado relativamente aos médicos, muito estudado para a cirurgia, mas realmente, deve-se impor a todos os profissionais de saúde, perante tudo aquilo que envolva uma intervenção na integridade física ou psíquica da pessoa. Portanto em fisioterapia exige-se o consentimento informado, embora que obviamente, na medida em que as intervenções não são invasivas, na medida em que os riscos, dependendo de caso para caso, mas que sejam relativamente leves, a densidade do esclarecimento, a densidade da informação não tem que ser tão grande quanto para uma cirurgia ou acto mais complexo. Mas entendo que deve existir.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se deverá processar o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Portanto temos aí, dois ou três problemas, por um lado destaca a questão de ser um profissional autónomo e portanto a sua relação com outros profissionais de saúde, nomeadamente com o médico. Depois o como? Posso interpretar uma questão aí ligada, se tem que ser por escrito se oralmente, qual o conteúdo da informação, a quem é que presta informação e a quem pede o consentimento. Começando por essa delimitação de tarefas com o médico, aquilo que me parece é que cada profissão de saúde tem o seu conteúdo profissional, deve haver um acto médico, um acto de enfermagem, um acto de fisioterapia, que obviamente é difícil de definir e há sempre matérias de fronteira e sobreposições, mas assim como para o exercício das técnicas há fronteiras, o mesmo deve valer para o consentimento informado, ou seja o fisioterapeuta pode ter toda a autonomia para esclarecer e pedir o consentimento naquilo que seja uma intervenção tecnicamente de fisioterapia, ou seja, não vale aqui a ideia de que o médico é que é o chefe da equipa e que deve comandar toda a actividade, não. Há conteúdos

funcionais que devem ser respeitados, portanto pode acontecer que o fisioterapeuta solicite um consentimento informado independentemente de haver um médico presente ou sequer um médico no processo terapêutico. O que por um lado dá um direito ao fisioterapeuta mas por outro lado também lhe acarreta uma responsabilidade, portanto o não cumprimento do dever pode acarretar uma responsabilidade autónoma e pessoal, independente do resto da equipa.

Quanto ao como prestar o esclarecimento, a regra no direito é a oralidade para tudo. Em direito da medicina a regra também é a oralidade, mesmo que seja uma intervenção invasiva, excepto alguns casos que estão previstos na lei, como seja a interrupção da gravidez, a esterilização, os ensaios clínicos, os transplantes, a procriação medicamente assistida, diagnósticos e testes genéticos, enfim casos pontuais. O que acontece é que há uma instrução da Direcção Geral de Saúde que, aconselha a que se faça um documento escrito, mas é uma mera informação, isso vale sobretudo para as intervenções médicas e cirúrgicas, portanto aqui a regra é a oralidade. Quanto ao esclarecimento ele deve ser efectivo, deve ser na medida das necessidades, ou melhor, daquilo que é adequado para o paciente concreto, de acordo com a sua formação, a sua personalidade, a sua profissão, há-de ser diferente para um desportista ou para um não desportista, para um idoso ou para um jovem, enfim depende de cada caso, também o grau de informação a prestar.

Investigadora: A próxima questão já foi praticamente respondida anteriormente. Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”, de acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistado: Sim e aqui há duas questões. Sim, deve receber um consentimento informado, ou seja deve esclarecer e deve obter um consentimento para a sua área técnica e não, não deve substituir o médico naquilo que é intervenção do médico, nem distribuindo papéis, embora os fisioterapeutas julgo que não o fazem, isto é mais um problema dos enfermeiros, nem substituindo o médico. Portanto, sim na sua área de intervenção. Há um exemplo até da jurisprudência, um caso de 1995, aqui de Coimbra, de um doente com diabetes queimado, durante a realização de tratamentos de fisioterapia, que mostra que o fisioterapeuta foi réu e foi absolvido. Não conheço bem o

processo, mas ficamos na dúvida se foi uma absolvição justa ou não, se o fisioterapeuta perguntou e a pessoa respondeu mal ou se houve falta de informação sobre os riscos do tratamento.

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistado: Tem as vantagens gerais do consentimento informado. Primeiro uma vantagem de princípio deontológico, a vantagem de se respeitar a autonomia ética do paciente, de tratar o paciente como um sujeito, como uma pessoa que decide aquilo que pode ou não ser feito no seu próprio corpo, essa é uma vantagem deontológica. Depois uma vantagem do ponto de vista utilitarista, digamos assim, uma vantagem pragmática, que é o seguinte, quando a pessoa está informada adere melhor ao tratamento, respeita melhor o profissional de saúde, sente-se mais envolvida e em caso de ocorrência de efeitos secundários ou de falhas de tratamento é o próprio paciente que é o controlador ou o “polícia do tratamento”, como ele já sabe que deve esperar estes efeitos ou deve esperar estas reacções, se elas ocorrerem ou não, o próprio paciente pode melhor informar o profissional de saúde.

Investigadora: Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

Entrevistado: Não, não identifico nenhuma desvantagem. Nem a questão do tempo, porque, como lhe digo, isto não tem que ser burocratizado, não tem que haver papéis, tem que haver é uma prática humana efectiva de esclarecimento e consentimento e portanto isso faz parte, em certa maneira, do próprio tratamento. Só há aqui uma distinção também importante, para a fisioterapia, é que quando nós falamos aqui em esclarecimento, há dois tipos de esclarecimento, há o esclarecimento terapêutico, aquele que faz parte do próprio *leges artis* do profissional – faça dieta, durma à noite ou tome um medicamento de manhã e à noite – isso é esclarecimento terapêutico, isso não tem nada de especial, faz parte da própria profissão. Mas quando falamos aqui de esclarecimento é do esclarecimento para a autodeterminação, quer dizer, é dar-lhe a oportunidade de perceber se quer ou não fazer, há sempre alternativas, uma alternativa é não fazer nada. Tem sempre de ser esclarecida esta alternativa e depois pode haver duas ou três opções de tratamento, por exemplo um tratamento mais rápido para um jogador

de futebol ou um tratamento mais substancial e mais duradouro para as pessoas que querem ficar realmente bem de saúde.

Investigadora: Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Bom... pode ser um incentivo até a nível da avaliação da carreira, saber se o fisioterapeuta cumpre ou não este seu dever deontológico, até porque há grelhas de avaliação, que saem em portarias ou decretos que regulam essas matérias. Outro incentivo é haver formação, aí não é bem um incentivo é mais um pressuposto, mas considerar isso como formação técnica e dar os tais dias de comissão de serviço. Os incentivos seriam esses, isto ser um aspecto importante na valorização da carreira.

Investigadora: Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?

Entrevistado: Sim, sim, tem que ser obrigatório.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Pode haver um constrangimento nas áreas de fronteira, na relação inter profissionais, tem que se definir o que é o acto médico, o acto de enfermagem, o acto de fisioterapia e consequentemente quem esclarece. Outro constrangimento pode advir de se associar muito o consentimento informado à burocracia, portanto a aumento de custos, perda de tempo, mas isso é uma questão de se entender bem, que não implica nada disso. São constrangimentos superáveis.

Por outro lado, as pessoas que vão para a área da saúde, têm uma consciência muito hipocrática, muito tradicional com a ideia, sempre subjacente à sua prática, do paternalismo e portanto há aí um constrangimento que é superar esta ideia, que está muito subjacente aos profissionais de saúde, de ser paternalistas, porque tem à sua frente um enfermo, uma pessoa que está mal e claro que há esse problema, porque há muitas pessoas que não tem capacidade para consentir, nem para perceber nada e necessitam de ser substituídas na decisão, o que nos leva a outra questão.

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?

Entrevistado: Haver discussões dentro da equipa, desde logo, seria bom regulamentar, não tem que ser por lei, mas existir uma regulamentação, e certamente que há o que é a actividade da fisioterapia, da medicina, da enfermagem e depois dentro da equipa, começando pelas direcções hospitalares haver uma formação nesse sentido, da compreensão das diversas valências que certamente existem. Quanto a outras estratégias, está em curso o processo de acreditação dos hospitais e todos estão agora com uma grande preocupação em matéria de consentimento informado, portanto, há que reforçar a ideia que a estratégia não passa por mais ou melhores papéis, mas por trazer toda as classes profissionais a esta ideia de respeitar o consentimento informado, portanto, aproveitar esta certificação/acreditação para reforçar e pôr em diálogo os diferentes profissionais de saúde.

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, semestral, por exemplo, como já existe em Coimbra, na Covilhã, nas Faculdades de Medicina. Portanto, pode perfeitamente haver lugar para isso, não é muito 2 horas por semana, um semestre, para dar umas ideias gerais e depois haver...certamente, que na fisioterapia, se ainda não chegou lá, vai lá chegar á questão da validação da carteira, e haverá aí lugar para a formação contínua e não seria até mau exigir um módulo, mínimo que seja, em formação ética e deontológica para a revalidação da carteira. Obviamente, que 90% da revalidação deve ser pelos aspectos técnicos, mas também há lugar para as questões deontológicas e jurídicas.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistado: Primeiro é *fazer*, como diz o meu professor, Doutor Guilherme de Oliveira. Para ser válido é ter em conta, primeiro, a pessoa com quem está a conversar, ver se ele tem capacidade de entender, se tem capacidade pode prosseguir, se não tiver capacidade deve procurar ou um tutor, se tiver, o que raramente existe, se não houver tutor, deve falar com a família no sentido de se informar de quais são os desejos e objectivos daquele paciente, depois exercer o chamado consentimento presumido, ou seja, deve-se fazer aquilo que a pessoa quereria fazer. Em segundo lugar para ser válido, deve esclarecer, na medida do necessário, do adequado, o paciente acerca das terapias,

das alternativas, dos riscos, dos efeitos secundários, dar-lhe tempo para reflectir e depois aguardar pelo consentimento, que pode ser tácito, se a pessoa estica o braço, se a pessoa oferece o seu corpo é um consentimento tácito, não tem que ser expresso, nem formal.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistado: É como em tudo. Em tribunal um homicídio tem que ser provado, todos os meios de prova valem, enfim havendo divergência o juiz pode fazer uma acareação, olhar nos olhos do réu e do autor. Claro que não ponho de parte a possibilidade de haver um formulário de consentimento informado, para certas intervenções muito específicas, que sejam muito repetitivas e que até tenham riscos graves; pode ser um caminho, mas o ideal é realmente conversar. Depois eu não sei se a fisioterapia tem um livro de registos, certamente tem, então aí também documentar uma recusa, documentar os aspectos mais relevantes. O ideal seria documentar tudo, mas pelo menos documentar os aspectos mais relevantes, quando a pessoa não quer saber, ou quando se exerce o chamado privilégio terapêutico. Pelo menos nesses casos mais fortes registar e assinalar que foi dada informação.

Investigadora: Como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistado: É olhar ao paciente concreto. Um exemplo extremo seria o de um jogador de futebol que vai querer saber muito e vai querer tratamentos arriscados, um pianista também terá que atender ao paciente concreto. A um colega ou outro profissional de saúde presume-se que tem mais informação e não é preciso explicar tanto, mas é preciso ter cuidado com isso, depende da especialidade. Depois se estivermos perante uma pessoa com pouca formação, que demonstre querer saber pouco, deve-se dar a informação base e depois se ele não quiser saber, tem direito a não saber. Depende do paciente concreto, por isso é que os papéis abstractos não servem, porque são para todos e cada paciente é um paciente.

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistado: Isso não é muito discutido.... a alternativa era ter um psicólogo em todo o lado e obviamente que não é possível. Portanto aquilo que entende a literatura

internacional é que é o próprio profissional de saúde, com a sua experiência, até melhor que um psicólogo, pois ele é que tem experiência naquela área, para saber se a pessoa percebe ou não a intervenção, porque a pessoa pode ter competência para consentir um acto de fisioterapia e não ter competência para um de cirurgia ou ao contrário, é muito pontual e casual, portanto o próprio profissional de saúde é que tem essa competência.

Investigadora: Como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente?

Entrevistado: A experiência, a prática clínica... no fundo isto faz parte também da prática. Enfim, se calhar os psicólogos e alguns especialistas na área da saúde saberão....se calhar até tem metodologias próprias, mas eu isso desconheço.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistado: Em caso de urgência deve tratar, excepto se estiver convencido ou se tiver indícios de que ele não quereria determinado tratamento, embora na fisioterapia talvez não se ponha esse caso. A lei portuguesa não remete para a família, não há um mandamento da lei como existe na maior parte dos países. A prova que não existe essa lei é se for à lei de bases da saúde, tem lá uma base relativa a estas matérias em que diz que a lei regulamentará a questão dos inconscientes ou dos incapazes e não há nenhuma lei a regulamentar. Portanto o único instrumento que temos é o consentimento presumido, que é o que está no código civil e no código penal, mas o consentimento presumido não significa que o profissional de saúde é livre para fazer o que quiser, ou o chamado critério inglês, que é uma coisa que anda muito na literatura, os “*best interests*” mas não é isso que está na lei portuguesa, a lei portuguesa é mais subjectivista, devemos fazer é aquilo que a pessoa quereria, sendo que 95% das pessoas querem aquilo que é o melhor, mas há sempre aqueles que não querem.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistado: Deve mostrar-lhe as consequências da recusa, da gravidade que pode ter, na sua qualidade de vida a prazo, esclarecer-lhe isso com credibilidade, mas se ele realmente em consciência não quer tratamentos, não pode continuar.

Investigadora: E se o paciente desejar um tratamento específico, que não é o ideal para si?

Entrevistado: Perante um pedido específico de intervenção, um dos princípios que encontramos quer para os médicos, quer para os enfermeiros e que certamente valerá para os fisioterapeutas é o princípio da independência. O profissional de saúde presta serviços, mas não são serviços comerciais, não são serviços a pedido, são serviços de saúde e quem tem competência para fazer o diagnóstico e a execução prática é o profissional de saúde, e portanto o fisioterapeuta deve recusar.

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistado: Ora bem, deve na medida do possível respeitar a capacidade de esclarecimento do menor, portanto, mesmo que seja uma criança com 5, 7 ou 10 anos, ou até com 3 anos, deve na medida do possível respeitar...enfim com 3 anos é difícil, mas uma coisa é trazê-lo ao tratamento, ter a sua concordância prática para fazer o tratamento e a partir de certa idade, podemos falar até dos 8 anos, já que há uma norma na lei dos ensaios clínicos que também aponta para aí, ter respeito pela sua opinião, pela sua objecção, mas a objecção não significa medo de agulhas ou medo de certas técnicas, porque isso não é uma objecção, isso é medo e o medo tem que se tratar, digamos assim. A partir dos 14 anos ganham muita autonomia, mas sobretudo em áreas tão seladas com a da saúde sexual e da toxicodependência, aqui, também essa autonomia deve ser reconhecida, na medida em que ele tenha discernimento para o caso concreto, até porque são intervenções sem grande risco, em regra, portanto tem que respeitar a sua opinião. De qualquer modo, sobretudo com menores de 14 anos, deve de pedir a autorização aos pais ou ao detentor do poder paternal.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistado: Se vir que ele pode não estar verdadeiramente capaz, deve ver se tem tutor, provavelmente não terá, poderá falar com a família, para perceber melhor a personalidade do indivíduo, ver como é que ele adere mais e até o que é que ele pretende do tratamento.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistado: Isso é perfeitamente válido no sentido em que é preciso formar os estudantes, estagiários para termos profissionais no futuro. É um valor importante, protegido pela constituição e pelo direito, há que formar jovens gerações. Agora, temos que respeitar aquela pessoa e portanto é preciso pedir-lhe o consentimento, esclarecer que está presente um estagiário e que sob sua supervisão vai levar a cabo as terapêuticas. Portanto é necessário esclarecer quem é que intervêm.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistado: Aí a lei que se aplica será a da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, não tem nada a ver com ensaios clínicos de medicamentos, podemos esquecer a lei 48/2004 e temos que aplicar as regras gerais da Convenção da Biomedicina e portanto, aí se exige o consentimento, exige-se um parecer da comissão de ética... ou seja, para incluir um paciente numa investigação, tem que fazer um projecto de investigação, submetê-lo a uma comissão de ética, pedir o consentimento informado muito detalhado, inclusivamente por escrito, fazer a análise do risco-benefício e portanto recomendo realmente a leitura do artigo 15, 16 e 17 dessa convenção, por ser esta a lei que se aplica.

ENTREVISTA Nº: 4 - FISIOTERAPEUTA (2)

Local e data: Alcoitão, 23 de Janeiro de 2007 **Duração:** 50 min

Hora de início: 17 h e 35 min **Hora final:** 18 h e 25 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Masculino **Idade:** 52 anos

Profissão: Fisioterapeuta + Docente

Grau: Mestre

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Em fisioterapia e praticamente em todas as áreas onde há uma intervenção com outras pessoas, o consentimento informado significa que a pessoa deu o seu aval, a que nós possamos fazer uma determinada intervenção, mas esse aval foi informado, ou seja ele percebeu antecipadamente várias coisas. Uma primeira é a de que lhe estão a fazer uma proposta que ele pode recusar, um dos factores importantes do consentimento informado é dar a ideia de que, o que vamos propor fazer, ele tem o direito de o recusar. Em segundo lugar é dizer que, como normalmente não há caminhos únicos, na vida e nas terapias em particular, esta é uma alternativa que, por exemplo mais acreditamos por estar fundamentada cientificamente ou porque nós tecnicamente estamos mais habilitados, portanto é uma abordagem que tem um grau de segurança. Deve-se ainda explicar ao doente qual é a expectativa do resultado e eventualmente em que prazo, embora seja um pouco mais difícil abordar a questão do prognóstico. Essa informação deverá permitir à pessoa fazer o seu próprio juízo, ou seja, é muito importante dar, transferir para a pessoa, um conjunto de elementos que lhe permite tomar uma decisão própria e que seja fundamentada devidamente. Basicamente é isto, tem mais pormenores, mas penso que o essencial é isto.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se processa o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: O consentimento informado deve processar-se em termos da abordagem que é feita ao doente desde o início. Mas tem que haver um período em que se faz uma avaliação da situação. Para a execução de determinado tipo de testes, numa perspectiva de avaliação, poderá ser necessário o consentimento, mas penso que aí é sobretudo uma explicação, ou seja, explicar ao doente o que é que nós vamos fazer no sentido de identificar quais são os pontos fortes e os pontos fracos, para que nós possamos definir os objectivos de intervenção. É a partir desse momento, no meu atender, que a questão

do consentimento se coloca. Embora ela se ponha desde o início, é a partir do momento em que eu próprio fiz uma análise da situação, naturalmente baseado num diagnóstico médico, baseado eventualmente noutros dados, numa história que o doente me conta, numa anamnese, induzido pelos exames e testes que eu possa fazer ao doente, agora já começo a ficar na posse de uma situação e o que é recomendado é que a fixação dos objectivos seja feita em parceria com o utente e centrada na problemática do utente. Portanto eu deverei sempre envolver o utente para tomar um conjunto de posições, ainda não se trata propriamente do consentimento, mas é levá-lo a posicionar-se e a dizer o que acha que precisa, utilizando técnicas de reformulação daquilo que a pessoa diz, para confirmar que ele entendeu e que nos estamos a entender mutuamente. Quando nós conseguimos identificar um conjunto de objectivos partilhados com o utente, então estamos aptos para definir o nosso plano de intervenção, aqui é a nossa proposta. Para mim a questão do consentimento informado nem é apenas um simples momento ou um papel formal que se assina, é uma dinâmica, uma interacção com o utente, digamos que é um conjunto de valores em que eu coloco o doente no centro da tomada de decisões. Nesse sentido, eu tenho naturalmente, primeiro que definir onde é que queremos chegar, quais são os objectivos e depois o que é que eu sei, que pode ajudar da melhor forma a ultrapassar estas situações e é nesta parceria que me parece que deverá sempre ser feita uma ponte entre a informação que eu tenho disponível e aquela que o próprio doente pode receber e é capaz de interpretar. A questão da informação está no limiar, ou seja, as coisas tem que ser suficientemente adequadas à situação, não podem ser fora do nível de entendimento do utente, senão ele de repente diz “o senhor é que sabe”, isto é, se eu esmagar a pessoa com um conjunto de conhecimentos e informações, eventualmente, ele aí entrega-se como vencido e diz faça o melhor. Portanto eu acho que a questão do consentimento informado é uma dinâmica de interacção e pressupõe aceitar que eu tenho que ter tempo, para dar tempo ao outro de modo trabalhar a informação que lhe estou a dar e ser capaz de tomar uma decisão.

Investigadora: E basta a oralidade?

Entrevistado: Cá em Portugal talvez ainda não, mas eu tenho alguns contactos internacionais onde efectivamente as questões do ponto de vista do litígio se colocam. É importantes que todo este processo seja documentado. O fisioterapeuta tem que fazer registos, registar aquilo que fez, incluindo as informações que deu, não de uma forma exhaustiva, mas anotando isso de forma sistemática. A Associação (APF) recomenda de facto, que haja um consentimento informado escrito. Aquilo que me parece, é que pode

haver em relação a determinado tipo de situações, informação escrita para o doente. Agora o que é verdade é que estamos a assistir a uma dinâmica completamente diferente, é que é o doente que vem confirmar connosco o que leu, as segundas opiniões que teve, etc... A actuação do fisioterapeuta vai depender do local e do contexto onde está a exercer a sua prática. De qualquer maneira, eu penso que pode e deve haver, uma explicação em relação aquilo que se pretende fazer e levar a pessoa a compreender qual é o objectivo a atingir.

Investigadora: Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”, de acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistado: Ao trabalharmos numa equipa deverá haver alguém no seio da equipa que explica esta dinâmica de intervenção. Depende se estamos a trabalhar em equipas pluridisciplinares, multidisciplinares, transdisciplinares, etc... não vamos agora entrar por aí e ver se há ou não um gestor de caso, mas tem que haver alguém que explica a dinâmica da intervenção, tem ou deverá haver alguém. Isto porque de facto, o resultado das intervenções individuais não é a pura soma, digamos que há uma potencialização, agora isso não invalida que o fisioterapeuta enquanto profissional autónomo, se deixe levar por esse consentimento genérico e não partilhe dessa tal interacção com o doente, no sentido de explicar o que é que está a fazer e eventualmente colher um consentimento específico. Há situações em que eu explico que tenho esta alternativa ou tenho aquela e que com esta eventualmente, eu posso obter resultados mais depressa mas temos este risco ou temos aquele, ou tem custos, portanto isto também é uma relação de custo-benefício e portanto, o facto de estar inserido numa equipa e o facto de haver um consentimento genérico, no meu entender, não retira nem o direito nem o dever de colher um consentimento específico.

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistado: Desde logo, eu acho que a relação terapêutica assenta numa relação de confiança. Não é possível estabelecer uma relação terapêutica que não seja baseada por

na verdade, se eu for apanhado a mentir perco a lealdade da relação. Portanto eu preciso de falar verdade e tenho que perceber que nos estamos a entender, ou seja, aquilo que eu digo e aquilo que eu proponho não tem que ser uma questão meramente minha, tem que passar a ser algo que é partilhado. Nesse sentido a dinâmica do consentimento informado não é um abcesso, eu acho que nós às vezes podemos dizer “eh pá, mais uma coisa para fazer, mais um papel” mas não, para mim o consentimento informado deveria ser algo híbrido, devia ser ensinado aos profissionais de saúde e neste caso aos fisioterapeutas em particular. É o que nós tentamos fazer aqui na Escola, ensinar que a lógica do consentimento informado é uma lógica de processo que é visceral na relação entre duas pessoas que se propõem atingir um determinado fim e que fazem um caminho no sentido de atingir esse fim, numa perspectiva de que todo o caminho é visto à distância, mas em cada momento também reformulado, ou seja, eu não posso prometer a cura mas posso dizer o que está ao alcance, ou o que é que a ciência, ou o que está publicado antecipa que é provável acontecer. Mas se as coisas não estiverem a correr bem, nós podemos reformular. Nesta relação baseada na verdade e na lealdade há uma discrepância entre os conhecimentos e as responsabilidades, temos que actuar numa perspectiva de advogado do utente, agora não podemos desresponsabilizá-lo e dizer “se não quer, então não quer”, se calhar temos que aceitar que a pessoa não queira num determinado momento mas que vendo o caminho pode eventualmente, tentar-se outra maneira de lá chegar. A questão central e voltando às vantagens, para mim a vantagem é que este modelo, este processo pode ser vital à obtenção de resultados e ao estabelecimento de uma relação séria, de uma relação dual, em que eu me respeito e em que nos respeitamos mutuamente. Depois a segunda vantagem é efectivamente a antecipação dos resultados. Eu penso que o princípio da intervenção terapêutica deve ser aceite na responsabilidade de tentar honestamente atingir determinado tipo de resultados, devemos pôr metas que sejam atingíveis e reavaliar o processo. Nessa perspectiva se eu levar a pessoa a definir comigo as metas e a aceitar que essas são as metas possíveis, ela também estará mais disponível para se envolver no processo. Isto é, eu posso, ao tornar o utente mais consciente da situação e mais autor das suas próprias decisões, torná-lo mais co-responsável por atingir os resultados e simultaneamente isso leva-o a ter uma visão mais realista e a gerir melhor as expectativas.

Investigadora: Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

Entrevistado: Desvantagens são eventualmente aquilo que nós chamamos a morosidade, “eu não tenho tempo”, “eu só tenho x minutos para o doente e agora vou estar aqui a gastar meio tempo”, a questão é eventualmente, estar consciente desse aspecto e não gastar o tempo todo do doente nessa matéria. Há de facto uma questão do consumo de tempo, que no meu entender é uma falsa questão, até porque eu posso começar a fazer algumas coisas, não preciso estar todo o tempo à espera do consentimento, posso ir fazendo, esta é uma questão progressiva e de ganho mútuo de confiança e de informação suficiente para se poder tomar decisões. Ele tem que estar na posse de um conjunto de dados e até de alguma experiência pessoal para depois poder tomar outras decisões. Desvantagens, desvantagens não vejo assim nenhuma, antes pelo contrário, eu vejo é que se não houver este processo, eu como profissional posso ficar em situações críticas e eventualmente de litígio. Isto também é um outro pressuposto, que tem a ver com a existência, em algumas áreas, de *guidelines* ou de alguma evidência mais sustentada e que nos possa ajudar e facilitar, não havendo eu tenho que fazer um esforço sistemático para não fazer aquilo que me vem à cabeça, mas fazer as coisas com conta, peso e medida. Portanto, isso pode ter uma desvantagem em termos de tempo, mas no meu entender isso é uma falsa desvantagem.

Investigadora: Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Penso que os incentivos são mais morais do que de outra natureza. Embora eu possa aceitar que haja serviços onde faz parte da própria rotina do serviço ter este tipo de documentação e de trabalho e aí 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, etc... Que eu saiba não há propriamente outros incentivos, penso que o principal é eu sentir-me bem comigo próprio e na relação com o doente.

Investigadora: Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?

Entrevistado: Ela é do ponto de vista ético. Agora, como todos nós sabemos, eu acho que as pessoas sabem que isto é importante e sabem fazer, o grande problema é ao nível das atitudes. Tem a ver com o ponto anterior em termos dos incentivos, eu acho que, ou eu sou capaz de entender que isto faz parte inerente da minha intervenção e que não é só

uma questão que está no manual de boas práticas, faz parte da minha visão profissional, da minha actividade, portanto eu comporto-me com profissionalismo naquilo que faço e independentemente de ter muito tempo ou pouco tempo, eu tenho que seguir este caminho ou então eventualmente, eu não estou a ser um profissional como deve de ser. Agora a obrigatoriedade... eu sou formalmente e por formação muito anti-espada e etc..., mas às vezes, se calhar, só por essa via é possível... a natureza humana é assim! Eu acho que devia de ser mais por uma lógica da formação, uma lógica do desenvolvimento profissional da sua actividade e eventualmente, voltando à questão dos incentivos, se efectivamente os serviços e os pares valorizassem mais esses aspectos, isto poderia entrar na rotina. Penso que há também uma questão muito importante, que tem haver com a formação contínua e com o desenvolvimento profissional contínuo, eu acho que as pessoas que estão mais atentas ao seu próprio desenvolvimento profissional são também mais capazes de entender a necessidade deste tipo de interacção. Os profissionais mais defensivos, mais rotineiros é que acabam por eventualmente se esquecer disso.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Já falei do tempo, que considero ser uma falsa questão, mas é um verdadeiro problema porque é uma desculpa e serve muito de bode expiatório. Para além da questão do tempo, temos eventualmente a questão dos honorários, isto é, estou a falar nisto porque estas questões põem-se tanto no privado como no público e há digamos uma sobrevalorização do que se faz com a pessoa, mobiliza-se, etc... não se aproveita às vezes o tempo em que se está a actuar para ter uma verdadeira interacção com a pessoa. Eu penso que existe uma dificuldade muito grande no registo, se houvesse uma sistematização maior e sobretudo indicadores ou medidas mais adequados à medição dos resultados e específicos para a fisioterapia, talvez este processo também ficasse mais facilitado. Acho que há aqui uma linha importante, que é os fisioterapeutas só conseguirão desenvolver uma prática baseada na evidência e medir resultados se conseguirem construir instrumentos mais ajustados, mais fáceis e mais funcionais. Depois há a questão da facilitação do registo e hoje em dia, acho que as novas tecnologias poderão ajudar de maneira a que eu não tenha de perder tanto tempo a repetir coisas e possa fazer desde já grandes linhas de intervenção, que inclusivamente me possa garantir que há determinado tipo de informação que foi passada ao doente, poderá não haver uma coisa escrita para dar ao doente, mas eventualmente eu posso ter

uma espécie de lista de aspectos a não esquecer de focar. Este aspecto beneficiaria de uma sistematização e depois está associado também a um outro nível que é o da especialização, ou seja, é muito complicado eu dominar todas as áreas e ser capaz de ter argumentos e capacidade para trabalhar em todas as áreas e também tenho que identificar que uma coisa é um jovem profissional de primeiro nível e outra é, digamos o sénior. Eu trabalhei em Inglaterra há muitos anos e no início percebia a diferença abismal que havia entre mim com uma prática de 3 anos e os seniores. Acho que não podemos ver o consentimento informado como uma coisa isolada, ela tem a ver também com os níveis de prática em questão e daí esta problemática toda dos incentivos ou dos problemas, se houvesse e nós não temos essa cultura em Portugal, mas se houvesse uma cultura hierárquica, no bom sentido do termo, ou seja, de que o profissional enquanto jovem é tutelado por um sénior, eventualmente isso seria um grande factor de encorajamento e desenvolvimento.

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?

Entrevistado: Já falamos na tutela, na formação... e eu acho que isso é fundamental, o criar na pessoa a noção da aprendizagem ao longo da vida ou CPD - *Continous Professional Development*, que é um bocadinho diferente, que está ligado àquela questão que falamos á pouco, que eu sou um profissional, eu sou uma pessoa e tenho os meus próprios objectivos e desejos, eu sou eu, mas sou parte de um grupo profissional, portanto também tenho de perceber para onde é que vai a minha profissão e quais são as tendências actuais, etc...não se aprende tudo na formação de base e tenho que me valorizar nesse sentido. Mas depois eu tenho um contexto, tenho uma organização e tenho de perceber onde é que é o meu lugar na organização, por um lado hierárquico, se eu faço parte de um grupo mais vasto ou numa dinâmica de uma determinada equipa prestadora de cuidados e que tem os seus próprios objectivos, metas a atingir, etc....Portanto, o CPD ou desenvolvimento profissional contínuo, pressupõe que eu consiga perceber como é que eu posso ser mais eficiente naquele contexto e nessa perspectiva a eficiência também passa por eu ser capaz de obter melhores resultados com os doentes e obter melhores resultados é ir por esta via do consentimento informado, pela via da partilha, por um modelo de resolução de problemas e tomada de decisão, onde eu envolvo o utente como parte de referência.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistado: Eu acho que aí é o tal tempo da maturação, ou seja, eu acho que é muito complicado fazer uma conversa de dez minutos e dar um papel e dizer assine aqui. A questão é esta, há um tempo para a pessoa elaborar a informação que lhe dei, acho que o consentimento informado é um processo, que culmina, eventualmente na assinatura de um documento, mas acho que tem que ser muito mais a feitura de uma relação de lealdade e de cooperação, em que a base é um valor de igualdade, de modo a levar o outro a ser capaz de tomar decisões conscientes.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistado: Isso é sempre muito complicado. A primeira questão é perceber se ele tem mesmo capacidade, ou seja, saber se são crianças ou pessoas que não estão na posse de todas as suas faculdades. Partindo do pressuposto, que a pessoa está dentro das suas faculdades, eu acho que a única maneira é ser capaz de, e mais uma vez aí implica tempo, fazer com que a pessoa reformule aquilo que nós dissemos, que seja ela a dizer aquilo que percebeu. Não é só eu dizer e perguntar se entendeu, temos que ser capazes de garantir que a pessoa expressa a sua própria ideia sobre o acordo, ou sobre aquilo a que está a dar consentimento.

Investigadora: Como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistado: Aí vem a experiência, aí vem o sénior, a especialização, a formação...eu acho que é muito complicado para um jovem perceber qual é a informação mais pertinente, até porque para além dessa vertente que está em mim como profissional, há depois a vertente em que cada um dos utentes está em níveis diferentes, há o tal que já vem testar quantas é que a gente acerta em relação ao que viu na internet, ou que alguém já lhe disse ou então está completamente a zero. Esse processo não se ensina, aprende-se, é um processo dinâmico e é aí que eventualmente um profissional com experiência se demarca do jovem. Embora depois haja um risco, que é o facto do profissional muito experiente saltar um conjunto de etapas que eventualmente podem ser importantes, isto devido à tipificação do doente.

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistado: Isso é a questão dos valores ou dos princípios, se eu acho que ele está no pleno gozo das suas capacidades eu tenho que respeitar a decisão dele, embora eu possa, em certa medida e como disse à pouco, fazer de acordo com o que está e depois eventualmente face aos resultados, levar a pessoa a reconsiderar a possibilidade de irmos por outras vias. Mas eu acho que não tenho de me substituir ao doente.

Investigadora: A próxima questão de como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente, praticamente já a respondeu visto que a relacionou com a liberdade, se ele compreendeu é porque está autónomo para decidir...

Entrevistado: Exactamente...mas tenho que lhe dar espaço, às vezes tenho que me calar, um dos problemas é que por vezes somos só nós a passar a informação e pedir que o outro diga que sim ou que não, eu tenho que me calar e dizer ao doente “então diga lá o que percebeu, como vamos fazer, etc...”. A questão do consentimento informado pode ter a ver com coisas muito complicados do ponto de vista, sei lá...cirúrgico, não sendo o nosso caso, mas por exemplo em situações de manipulações vertebrais, mas há todo um outro conjunto de situações mais lato que deveria passar também pelo consentimento.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistado: Isso no meu entender é de actuar de acordo com a evidência, com o que está publicado, com a minha experiência pessoal, mas também com o que está recomendado nas *guidelines*. Aí eu acho que 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.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistado: Ele tem todo o direito, aliás eu comecei poder dizer que o consentimento informado deve começar por informar a pessoa que ela tem direito de não concordar. Se ele tem uma opinião adversa pode eventualmente recusar. Eu acho que não tenho

alternativa. Eu posso é aconselhar a pessoa a reconsiderar, a consultar outras pessoas, referenciar o doente para outros profissionais e tentar perceber o que está por detrás da recusa, se é uma questão de medo, de falta de informação ou eventualmente questões de outra natureza, às vezes são questões culturais. Sei o que não devemos fazer...que é insistir ou tomar uma atitude de abandono.

Perante uma solicitação específica do doente de algo que não tem indicação ou evidência para a situação em causa, acho que há um poder de recusa nosso, ou seja, há um momento, aliás como existe na própria relação com os médicos, se eu achar que o solicitado é prejudicial ou não está indicado, eu tenho o direito e também o dever, já que isto vem na nossa legislação, de recusar e dizer que se é essa a sua opinião, terá que recorrer a outra pessoa.

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistado: Terá que ser com os pais ou com as pessoas que tem a tutela legal.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistado: Aí haverá também sempre alguém que terá a responsabilidade. Eu acho que nós não devemos assumir por nossa conta e risco, devemos de identificar e normalmente até raramente somos nós, porque o doente já vem com alguém... se for difícil de encontrar essas figuras de referência, vamos reportarmo-nos ao velho princípio de não prejudicar, fazer aquilo que é padronizado nesse tipo de situações e desenvolver esforços para encontrar alguém.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistado: Tem que perguntar...estas coisas para mim são relativamente claras. Se eu tomo como base a primazia da decisão por parte do doente, eu tenho que o informar e tenho que aceitar a posição dele... agora se ele diz “eu não me importo que me trate à frente de um estudante, mas o estudante não me toca”, então eu só posso fazer isso, posso é por a questão ao contrário, eu preciso de um doente que deixe que sob a minha

supervisão o aluno intervenha, portanto tenho de ir à procura de quem aceite, mas não vou impor essa situação. Eu acho que este tipo de coisas devem ser registadas. Mesmo quando se trazem doentes para as aulas, a pessoa tem que perceber muito claramente ao que é que vem e para que é que vem, e dar o seu consentimento para aquela situação específica.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistado: Só se exceptuam aí, eventualmente, algumas situações onde o paciente deva de ser “cego” do ponto de vista do que está a ser feito. Eu acho que a pessoa deve dar o seu aval para entrar na investigação, deve-se, se for uma coisa experimental, dizer quais são as várias opções e os vários grupos. Mas o que eu acho, que nem tem nada a ver com o consentimento informado, é que nunca se pode prejudicar o doente, eu tenho que ter boas razões para fazer o que faço, mais uma vez temos a questão da prática baseada na evidência.

ENTREVISTA Nº: 5 - FISIOTERAPEUTA (3)

Local e data: Alcoitão, 2 de Fevereiro de 2007 **Duração:** 35 min

Hora de início: 16 horas **Hora final:** 16 h e 35 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Masculino **Idade:** 56 anos

Profissão: Fisioterapeuta

Grau: Licenciado + Pós-Graduação

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: É o acto do fisioterapeuta informar o seu utente, relativamente à intervenção que vai ser processada. Ele deve informar sobre vantagens e desvantagens que pode haver, se for o caso de intervenções alternativas. Relativamente a uma determinada intervenção deve informar sobre os aspectos que possam ser de maior risco, embora na fisioterapia isso não seja tão marcante como em outras situações, mas o utente deve de ser informado.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se processa o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Deve ser o fisioterapeuta, enquanto profissional autónomo, a tomar a iniciativa de fazer essa informação ao utente e aos familiares. Deve haver um registo dessas situações e as questões do consentimento informado devem fazer parte desse registo. Deve haver um documento escrito e assinado pelo utente, onde lhe sejam explicadas as questões mais importantes.

Investigadora: Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”, de acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistado: Se for num contexto de intervenção em equipa, o que define o trabalho de equipa é o facto de a equipa discutir quais são os objectivos de intervenção e esses objectivos servem um objectivo comum e depois então cada profissional vê o que é que tem de fazer para atingir esse objectivo comum. Se imaginarmos uma situação limite em

que há psicólogos, médicos, enfermeiros, vários terapeutas (da fala, ocupacionais e fisioterapeutas) envolvidos, se cada um for requerer um consentimento informado escrito, acho que também burocratizamos demasiado o processo. Mas deverá haver algum consentimento informado que seja global relativamente a essa intervenção. A situação deverá ser analisada caso a caso, mas não tem que haver obrigatoriamente um consentimento específico para cada profissão. Existindo sempre o dever de informar sobre a sua intervenção específica. Uma coisa é o que do ponto de vista oral se dialogou e negociou com o utente, outra coisa é o consentimento informado escrito que deve de estar no processo e esse é que eu julgo que, às vezes, pode ser demasiado burocrático.

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistado: Sobre as questões da equipa, do trabalho em equipa e do próprio fisioterapeuta enquanto profissional, eu julgo que se o consentimento informado for um procedimento que comece a ser utilizado regularmente é muito importante. Porque nós, os profissionais de saúde, temos a tendência de sermos demasiado técnicos e de dizer “as pessoas não percebem” ou “não vale a pena”, porque o que nos respondem é “o senhor é que sabe” ou “o senhor é que é o profissional”. Com estes argumentos ou esta desculpa temos a tendência de não dar a palavra aos utentes. Não existe esse hábito do ponto de vista cultural. Portanto, eu julgo que se deve fazer de tudo para que isto passe a ser uma rotina nas instituições e que os fisioterapeutas e os outros profissionais de saúde passem a equacionar essa situação e resolvam para cada caso, qual será a melhor forma de avançar com o consentimento informado. Se isso passar a ser feito, certamente que os próprios profissionais de saúde passarão a ter mais respeito, no sentido de perceber que não devem intervir sem envolver o utente. Na fisioterapia, como trabalhamos directamente com as pessoas, com os seus afectos e as suas emoções, tem um efeito importante de poder envolver mais o utente no programa de intervenção proposto e como tal, torná-lo mais colaborante. Poderá, por isso, ter um papel importante nas estratégias de *coping*.

Nos próprios utentes poderá ter o efeito destes começarem a perceber que tem que ter uma parte activa e que os próprios profissionais esperam que eles tenham uma participação activa. Quanto mais activa for a sua intervenção melhores resultados se podem obter.

As questões do consentimento informado ultrapassam em muito o simples aspecto de haver mais respeito pela pessoa, por ela estar informada, para nós

fisioterapeutas tem outro aspecto importante, que é o de envolver mais a pessoa no processo de reabilitação. Como nós sabemos e a evidência científica o demonstra, quando não há envolvimento activo da pessoa os resultados poderão ser bastante menores.

Investigadora: Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

Entrevistado: Só se for mal conduzido, isto é, podemos aceitar que existem situações de consentimento informado implícito e muitas vezes trabalhamos nessa perspectiva. Julgo que todo o bom profissional, mesmo que não tenha implementado um processo sistematizado no serviço, utiliza por princípio ético as questões do consentimento informado implícito. Isso pode não ser mau, funciona no essencial, embora obviamente que o registo e a pessoa assinar formaliza um pouco mais e até pode permitir que a pessoa se empenhe mais ou perceba melhor o seu envolvimento, tem todas as vantagens mas poderá haver um risco de se burocratizar e de se desvalorizar por abuso. Há que encontrar aqui um equilíbrio e fazer com que o consentimento informado seja um momento de reflexão, entre o profissional e o utente, sobre as decisões a tomar.

Investigadora: Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Deveria de haver incentivos institucionais, mas não há. Devia de haver incentivos por parte das equipas, mas as equipas nem sequer existem, portanto também não há. Eu julgo que o principal incentivo, que existe, é do ponto de vista ético por parte do profissional. Hoje em dia julgo que, nosso país, nenhum fisioterapeuta, que tenha uma reflexão sobre a sua intervenção ou sobre as responsabilidades da sua profissão, deixará de ter reflectido sobre estas questões. Certamente, que eu sei que há outros profissionais que trabalham de uma forma mais rotineira e que estão alheados destas questões, quer por uma formação de base deficitária, quer porque engrenaram em situações mecánicas de intervenção e que nunca equacionaram isso. Mas em Portugal, porque há os Padrões de Prática à uma série de tempo, porque tem tido alguma difusão, porque se tem falado muito sobre isso e porque o profissional reflexivo de certeza que já teve oportunidade de pensar estas questões, julgo que as questões do consentimento informado estão presentes.

Investigadora: Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?

Entrevistado: Claro, acho que sim. Aliás isso já começa a acontecer, felizmente, em algumas situações, até por causa dos sistemas de acreditação. São no fundo um incentivo institucional.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistado: Na fisioterapia, sobretudo no modelo de Medicina Física e Reabilitação (que é um determinado modelo onde a fisioterapia intervém, no nosso país há vários e este é um deles) poderá existir um constrangimento importante que será a autonomia que o fisioterapeuta tem nesse modelo. Esse modelo parte do princípio que o fisioterapeuta não é um profissional autónomo, eu quando digo autónomo não quer dizer que seja isolado dos outros ou que tome as decisões todas, mas ele tem o seu diagnóstico próprio e tem a sua autonomia de intervenção, que neste modelo não lhe é reconhecida pela instituição ou pelos poderes estabelecidos no serviço. Conheço casos em que, nalguns contextos, pensam até em colocar processos ao fisioterapeuta se ele tomar essa iniciativa. Porque o modelo de MFR é um modelo de “capataz”, isto é, há um profissional que é o médico fisiatra que é “capataz” do fisioterapeuta e só quer ser “capataz”. Com esses modelos é difícil a fisioterapia de qualidade funcionar. Eu considero que o médico fisiatra é indispensável nas equipas desde que seja médico, se não tiver abandonado a medicina. Agora se ele abandonou a medicina e quer ser só “capataz”, nessa altura é desnecessário, mas é um constrangimento importante a muitas questões, não só às do consentimento informado, mas também a outras que tem haver com a fisioterapia de qualidade. Portanto, esse será certamente um grande constrangimento que é o contexto no qual a fisioterapia, no nosso país, tem estado classicamente colocada.

Depois poderá haver outros constrangimentos do próprio fisioterapeuta que não atribui importância suficiente a isso, não percebeu que as questões do respeito pelo utente e o seu envolvimento em todo o processo é fundamental. Portanto este poderá ser também outro constrangimento que é a falta de reflexão por parte do profissional de fisioterapia.

Investigadora: Há pouco falou das questões da formação de base deficitária, acha que pode ser também um constrangimento?

Entrevistado: A formação de base vale o que vale, isto é, eu acho que a formação de base não é algo que marque o profissional para o resto da vida. Certamente que há exemplos de profissionais de elevado nível que tiveram uma formação de base que foi fraca. Quem está no lado da formação (as pessoas que estão nas escolas, que se preocupam com os planos de estudos e com aquilo que é o conjunto de conhecimentos, capacidades e competências que um profissional de determinada área deve ter quando acaba a sua 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. Neste momento temos um grande *boom* de escolas no nosso país e tenho a certeza que os colegas fazem o melhor que sabem, só que também acredito, que devido à urgência de montar planos de estudos, que haja escolas onde estas questões não são equacionadas. Mas a formação de base não explica tudo. O profissional depois tem a responsabilidade de se integrar e de colmatar lacunas, já que toda a formação de base tem algumas lacunas.

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?

Entrevistado: Julgo que a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, como associação profissional, deveria ter como principal objectivo a qualidade dos cuidados prestados pelos seus associados. Porque relacionado com a qualidade dos cuidados e o respeito pelo utente está tudo o resto da profissão. Julgo que a associação deu alguns passos com a construção da versão portuguesa dos Padrões de Prática, onde as questões do consentimento informado são abordadas. Esse documento depois influenciou um outro sobre normas de boas práticas para clínicas privadas, que também fala nas questões do consentimento informado. Portanto, isso foi trabalhado a nível central, mas julgo que falta dar um grande passo, que é a associação ir ter com os profissionais que estão espalhados por todo o país, nas suas instituições e falar nas questões dos Padrões de Prática. Esse debate e essa reflexão está por fazer, julgo que seria um passo muito grande para anular esses constrangimentos. Tenho alguma experiência nisso, na medida em que já participei em debates, junto de grupos profissionais de algumas instituições e os resultados são muito interessantes. Acho que as pessoas, depois dessa reflexão e

desse debate, estão muito mais preparadas para elas próprias lidarem problemas que existam e ultrapassar os constrangimentos. O sindicato também poderia ter aqui algum papel, mas também ainda não deu esse passo.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistado: O fisioterapeuta tem o conhecimento do seu utente, sabe se ele tem problemas de ordem cognitiva ou se tem problemas de iliteracia ou de compreensão, etc...O fisioterapeuta não deve burocratizar o processo, dizendo está aqui um papel e a pessoa assina de cruz e ele fica contente. Isso não vale a pena, o que interessa é utilizar o consentimento informado para tudo aquilo que falámos á pouco de modo a envolver o utente no processo de intervenção. Portanto ele deve, adequando à pessoa (concretamente às suas alterações cognitivas, se for caso disso ou às suas dificuldades de compreensão) trabalhar essas questões. Nisto eu julgo que o fisioterapeuta não tem muitas dificuldades, tenho conhecimento prático que a maioria dos fisioterapeutas, que fazem fisioterapia de qualidade, já o fazem há muitos anos. Talvez de uma forma implícita, mas tem negociado as suas intervenções com os seus utentes, falam com eles e vão caminhando no processo de intervenção a par com o seu utente. É isso que deve ser feito, deve fazer com que tudo seja claro para a pessoa e ela esteja de facto envolvida.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistado: Isto tem a ver com a questão do fisioterapeuta ser capaz de, no processo, dar poder ao utente. O utente tem que ter uma palavra a dizer e o fisioterapeuta tem que perceber que o utente deve ser consultado, deve ser uma das componentes quer na identificação dos problemas, na definição dos objectivos de intervenção ou nas próprias decisões terapêuticas. Desde que o fisioterapeuta tenha esta preocupação ou este cuidado, tudo o resto está garantido.

Investigadora: Como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistado: Como referi à pouco, deve ser adequada ao doente em causa. Depende das pessoas, hoje em dia há doentes que vão à internet e sabem imensas coisas. Poderei dar mais informação técnica, desde que eu perceba que essa informação é importante para o seu esclarecimento e conseqüentemente para o seu envolvimento. Mas, partindo do princípio que em Portugal temos 60 a 70 % de iliteracia e parte dos pacientes tem dificuldade em compreender algumas coisas, nessas situações o fisioterapeuta não deverá entrar em promenores técnicos, deverá explicar de uma forma clara e simples, tendo a garantia que a pessoa percebeu o que é essencial.

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistado: Pode ser difícil, passa sempre por um julgamento que o fisioterapeuta fará do seu utente e às vezes pode errar. A solução passa por, em situações em que existam mais dúvidas, falar com outros profissionais, envolver mais a equipa e verificar com outros membros da equipa como é que essa questão pode ser resolvida.

Investigadora: Como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente?

Entrevistado: Eu acho que isso não é muito complicado para o fisioterapeuta. Ele é um profissional que intervém junto ao utente todos os dias ou com frequência, passando a haver uma boa relação. Numa fase inicial poderá ter algumas dúvidas mas como está bastante tempo com a pessoa, rapidamente estabelece laços de relação e de afecto com a pessoa e não terá dificuldade em perceber o estadió de compreensão do paciente ou a necessidade de reforçar algum esclarecimento.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistado: Essas pessoas tem quase sempre familiares ou pessoas que são suas representantes, que deverão ser ouvidas. O processo de consentimento informado deverá ser desviado, digamos assim, para esses familiares ou representantes.

Mesmo numa situação de uma unidade de cuidados intensivos, eu vejo mal, que os profissionais abordem os doentes sem consultar as famílias. Mas quando é de todo impossível contactar esses familiares, embora hoje em dia isso seja relativo, a solução é sempre a equipa. Os membros da equipa deverão reflectir e tomar alguma decisão.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistado: Deve respeitar, nunca pode obrigar a pessoa. Deve explicar as vantagens, pode apresentar os prós e os contras mas não pode obrigar a pessoa a dar o seu consentimento informado. Quero dizer, não se vai iniciar um processo de consentimento informado para depois ir obrigar a pessoa a fazer aquilo que ela não quer.

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistado: Os pais são as pessoas a contactar em primeiro plano, para qualquer questão. Se não houver pais os seus substitutos legais.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistado: São situações que impedem a pessoa de manifestar de uma forma clara e explícita a sua vontade, impedem também a compreensão do contexto e a situação concreta e portanto teremos de recorrer a outras pessoas que a substituam.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistado: É obrigatório informar a pessoa de que há a possibilidade de ser tratado por um estagiário sob supervisão e que não vai deixar de acompanhar o processo, porque essa é a sua responsabilidade ética e legal. A intervenção só deve ser desenvolvida por um aluno estagiário se a pessoa estiver inteiramente de acordo. Em muitos contextos privados, as pessoas estão a pagar e não é pouco, pela intervenção de determinado fisioterapeuta que é reconhecido e aí é difícil ter estágios, obviamente que a pessoa não aceita a substituição por um estagiário.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistado: É a mesma coisa, tem que se explicar quais são os objectivos da investigação, em que contexto se vai desenvolver, etc... E depois garantir à pessoa as questões do anonimato e confidencialidade (as duas ou uma de acordo com a situação). Obviamente só se envolve a pessoa nesse processo de investigação se a pessoa concordar.

ENTREVISTA Nº: 6 - BIOÉTICISTA (1)

Local e data: Lisboa, 2 de Fevereiro de 2007 **Duração:** 45 min

Hora de início: 17 h e 45 min **Hora final:** 18 h e 30 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Feminino

Idade: 47 anos

Profissão: Professora Universitária

Grau: Doutora

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Eu posso dizer o que entendo por “consentimento informado” ... em fisioterapia é outra questão. Quando falamos de consentimento informado (fico satisfeita por ter dito “processo” e não “acto”. Este aspecto é essencial porque o consentimento informado é um processo), falamos de um processo, o que implica uma duração prolongada e contínua no tempo. O consentimento informado não se esgota numa única acção. Frequentemente, a prática mostra-nos que o consentimento informado é entendido como um acto de assinatura de um documento previamente escrito, o que não tem nada a ver com o consentimento informado nos seus requisitos éticos. Trata-se simplesmente de um acto jurídico. Por isso fico satisfeita que utilize o termo “processo”.

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. Isto é, a obrigatoriedade ética de dar toda a informação não significa que se dê toda no mesmo instante. A informação vai sendo entregue progressivamente, à medida que aquele seu destinatário a vai conseguindo absorver e assimilar. O processo pode ter interrupções. Depois o contacto continua e o resto da informação será transmitido. Portanto, primeiramente, começamos por falar em transmissão da informação e, num segundo momento, apresentar-se-ão propostas de curso de acção, sublinhando os prós e os contras de cada uma das propostas, pedindo-se seguidamente à pessoa doente que se pronuncie sobre cada uma das propostas. Só a pessoa é que pode integrar cada uma das propostas no seu contexto de vida. Isto é, as propostas de acção que o profissional de saúde faz à pessoa doente, são propostas ditadas, única e exclusivamente, por interesses médicos e técnico-científicos; por seu lado, as opções que o paciente tem de fazer não se reduzem a opções técnico-científicas, mas têm a ver com o sentido que a informação técnico-científica adquire no seu sempre singular contexto vital, ou seja, aquilo que ele é enquanto pessoa, na sua identidade, com os seus projectos de vida, com as suas sensibilidades, tem a ver com uma panóplia de realidades que só o próprio é que

conhece. Então, aí sim, ele vai-se pronunciar sobre as alternativas que, de uma forma sincera e honesta, o profissional de saúde lhe apresentou. Ele pronuncia-se sobre aquelas que lhe parecem ser melhores para a sua situação singular - uma situação que, na sua totalidade, não é perceptível ao profissional de saúde. Eis a que se refere o consentimento informado entendido como processo e obedecendo aos requisitos éticos.

Se este processo de obtenção de consentimento informado tem especificidades no domínio da fisioterapia, terão de ser os fisioterapeutas a dizê-lo.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se deverá processar o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Eu vejo com alguma dificuldade, no domínio da fisioterapia, a apresentação de um formulário, mesmo que esteja em branco e vá sendo escrito no decurso dessa conversa do profissional de saúde com a pessoa doente. Se for um formulário a ser assinado pelo paciente, tem de incluir alguns pontos fundamentais em relação aos quais este dará (ou não) o seu consentimento. 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. Na minha perspectiva, que pode estar equivocada por não ter um conhecimento pleno da actividade do fisioterapeuta e da relação que ele mantém com as pessoas que atende, diria que o fisioterapeuta procura sobretudo alcançar por parte do paciente, não tanto o consentimento para determinadas acções mas o empenhamento em determinadas actividades. O fisioterapeuta vai traçar objectivos gerais com o seu doente, os quais não podem ser demasiado ambiciosos, porque senão aparecem como impossíveis de alcançar, mas também não podem ser demasiado modestos, senão parece que não há qualquer desafio para o outro. Por isso tem de haver um ponto de equilíbrio entre estes aspectos. Simultaneamente, a enunciação dos objectivos tem de ser feita em diferentes níveis. Há objectivos gerais, nem muito ambiciosos nem muito modestos, que se vão alcançando através de etapas sucessivas, a par de pequenas metas intermédias a alcançar, que vão sendo traçadas também.

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.

Penso que a noção de “consentimento informado” em fisioterapia deveria de ser reformulado, de uma forma ousada, numa noção de “empenhamento”, de “parceria”. Penso que a fisioterapia é precisamente uma das áreas da prestação de cuidados de saúde que coloca desafios ao consentimento informado por não se compaginar com aquilo que, de uma forma estrita, é o sentido comum do consentimento informado. Seria interessante, numa tese sobre consentimento informado em fisioterapia, desafiar de facto a designação de “consentimento informado” e dizer que “esta não é uma designação correcta”, porque a relação entre o fisioterapeuta e a pessoa doente extravasa completamente o que pode ser incluído num consentimento informado. O que está em causa é alcançar, por parte da pessoa doente, um compromisso no processo terapêutico, em que ela entra como parceira indispensável e verdadeira protagonista. Penso que isto ultrapassa a noção, mesmo a mais ampla, de consentimento informado.

Investigadora: Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”, de acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistada: Lamento dizer mas, depois da resposta anterior, esta pergunta para mim já não tem cabimento ...

O consentimento informado é um instrumento muito válido no relacionamento entre o profissional de saúde e a pessoa doente em contextos em que aqueles desenvolvem acções muito específicas e bem delimitadas no tempo. Um exemplo extremo seria o da cirurgia - acção extraordinariamente específica e muito confinada no tempo. Na fisioterapia, penso que não deveria haver um consentimento informado à semelhança do que acontece com outras áreas. Poderá haver um compromisso ... Eu vejo muito mais o consentimento em fisioterapia desta maneira: há objectivos que são propostos pelo fisioterapeuta, conhecendo a situação clínica do paciente, e o fisioterapeuta vai ter de incentivar o outro a aderir e a comprometer-se com este processo. Se houver várias estratégias para uma mesma situação e com níveis de sucesso semelhantes, deve-se explicar ambas as propostas. Se se quer a adesão do paciente nesse processo, há que reconhecer que ele pode sentir-se mais confortável com umas práticas do que com

outras. Mas não penso que este tipo de manifestação de vontade por parte do paciente mereça ser escrita num papel no formato do comum consentimento informado.

Além disso, o consentimento informado existe não só para comprovar que a informação foi transmitida, mas também para isentar o profissional de saúde de algumas responsabilidades (no que considero ser uma perversão da dimensão ética do consentimento informado). Penso que na área da fisioterapia não é esse o objectivo do consentimento informado ... É, aliás, uma área em que há uma grande proximidade entre o profissional de saúde e o doente, o que não se verifica noutros domínios da relação médico - doente. O consentimento informado ganhou expressão no relacionamento entre médicos e doentes, combatendo uma prática então comum do médico ver o doente e decidir sozinho o curso de acção a desenvolver, sem tão pouco prestar qualquer informação, e sem chegar a estabelecer uma relação com a pessoa doente. No contexto da fisioterapia, há uma grande proximidade entre o fisioterapeuta e o doente, pelo que o ideal do consentimento informado já foi alcançado. Então, para quê o formulário? Torna-se pobre, reducionista ...

Investigadora: Mas poderá haver um processo de consentimento informado sem um formulário...

Entrevistada: Pode e por isso é que eu não lhe chamaria um processo de “consentimento informado”, mas antes um “compromisso”. Ainda hoje de manhã fiz uma conferência sobre a parceria do doente no seu próprio processo terapêutico ... Preferia chamar-lhe uma “celebração da parceria no processo terapêutico” e não “consentimento informado”. Pode ser um desafio para a sua tese, pode ser inovador ... a celebração da parceria não é um contrato; é de facto um comprometimento mútuo, um compromisso, em que o profissional diz “eu vou-me empenhar no seu caso e vou ajudá-lo desta forma a tentar alcançar esses objectivos. Conto consigo!”.

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados deste processo, que eu agora já tenho medo de chamar consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistada: As vantagens decorrem do que acabei de dizer. Não há processo terapêutico nenhum, em área nenhuma da prestação de cuidados de saúde, que possa ser protagonizado apenas por um elemento, pelo profissional de saúde. A pessoa doente não é um mero objecto em que se actua. É, como acabei de dizer, o parceiro. Mais ainda, é

o primeiro e superiormente interessado no processo terapêutico. Por isso a chave aqui é trazê-lo, com o seu estatuto de parceiro, o que significa com um papel extraordinariamente activo, para um plano de relações simétricas, entre ele e o profissional de saúde. A vantagem deste procedimento é a de potencializar qualquer possibilidade de sucesso, mesmo a mais remota.

Investigadora: Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

Entrevistada: Eu não vejo rigorosamente nenhuma desvantagem se o processo de diálogo ocorrer de uma forma paulatina e à medida da capacidade de *coping*, da capacidade de assimilação por parte do outro. Nós sabemos que quem trabalha em fisioterapia pode receber pacientes extraordinariamente revoltados, deprimidos, que podem ter uma agressividade enorme ... Quer dizer, há situações limite e, por isso, se o processo de diálogo for bem conduzido e à medida daquilo que são as capacidades de assimilação e de resposta do outro, penso que só haverá vantagens. Mas todas as vantagens ficam dependentes de um processo de diálogo bem estruturado.

Investigadora: Quais considera serem os principais incentivos para a implementação deste processo em fisioterapia?

Entrevistada: O principal incentivo é ser muito gratificante. Só este processo permite alcançar o sucesso, de cumprir a finalidade da fisioterapia. Mesmo nas situações em que o sucesso é limitado e remoto, ele vai ser potencializado por o doente estar verdadeiramente comprometido e empenhado. O que resulta de tudo isto, para o profissional de saúde, é um sentimento de extraordinária satisfação. O objectivo destes é, tanto quanto possível, recuperar os outros e, assim, ver o sucesso no outro é justificar para si mesmo aquilo que faz todos os dias, em que se empenha e em que se desgasta. Para o outro, o objectivo é alcançar o máximo de autonomia possível e independência. Aliás, não pode haver sentimento mais especificamente humano, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, do que o que resulta deste encontro na área da fisioterapia.

Investigadora: Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?

Entrevistada: O que tem que ser uma obrigatoriedade na fisioterapia é o contacto e o diálogo (constante, sincero e honesto), a parceria, o empenhamento e o compromisso com o outro na acção conjunta. A acção do fisioterapeuta não é isolada, é sempre uma co-acção. Não falo de consentimento informado o qual me parece, nestes casos, cada vez mais perder o sentido. A acção conjunta, porém, é rigorosamente indispensável e se não existir constitui uma total violação do sentido de missão do fisioterapeuta.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação desse processo em fisioterapia?

Entrevistada: Parece-me que há um fundamental: a escassez do tempo. E há um segundo: restrições orçamentais que, aliás, tem a ver com o primeiro. Apesar de tudo, penso que na área da fisioterapia o primeiro obstáculo pode ser facilmente ultrapassado porque esta actividade implica o estar constantemente com o doente e por isso há sempre oportunidade para o diálogo. Claro que às vezes seria necessário prolongar esse diálogo, mesmo fora do momento dos exercícios e o obstáculo tempo pode entrar. Esse obstáculo “tempo” está intimamente ligado às restrições económico-financeiras que obrigam à rentabilização da acção do fisioterapeuta, limitando por vezes também os recursos disponíveis para determinado caso. Sabemos que existem inovações constantes nesta área que podem ajudar determinados pacientes e nem sempre estão disponíveis, o que implica uma certa frustração no próprio fisioterapeuta.

Penso que serão estes os aspectos mais graves, mas creio que essa pergunta só poderá ser cabalmente respondida por alguém da profissão.

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?

Entrevistada: Se em relação à pergunta anterior eu achava que era da competência do fisioterapeuta, esta muito mais. Apenas posso avançar com a opinião de um leigo nesta matéria.

O tempo é algo de muito plástico, que flui nos nossos dedos. Mas também é verdade que às vezes o rentabilizamos mal e perdemos algumas boas oportunidades. Sabendo que o tempo é algo que não pára, que escoia constantemente, deve-se ter sempre o sentido de oportunidade e perceber que, às vezes, há silêncios que falam e às vezes são as palavras que devem falar. O fisioterapeuta deve estar muito desperto para as reacções do outro, mesmo que sejam poucas, um olhar, um suspiro ..., e interpretar

esses sinais para perceber se é o tempo oportuno para estar em silêncio falando ou se é o tempo oportuno para falar verbalizando e, assim, fazer o aproveitamento máximo do pouco tempo que tem.

As restrições orçamentais dependem muito de entidades superiores e pouco daqueles que estão empenhados no trabalho com o doente. Daquilo que depende dos profissionais de saúde, parece-me que todos eles e também nós pacientes devemos ter o sentido da responsabilidade na utilização desses materiais, no sentido de os rentabilizar sem necessariamente os gastar. Devemos de acabar com aquela ideia, ainda muito comum entre nós, de que temos de fazer tudo e gastar tudo com aquela pessoa, quando às vezes esse “tudo a fazer” ou o “melhor a fazer” não implica necessariamente gastar o que há disponível.. Por isso deve-se ter um sentido de responsabilidade, já que não é só a administração da unidade de saúde, o governo ou o estado que são responsáveis pela gestão dos recursos. Efectivamente estas questões são macroestruturais e não da responsabilidade directa dos profissionais de saúde. Estes têm algumas pequenas áreas de intervenção na rentabilização dos recursos.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistada: Como já disse anteriormente, penso que se trata de um diálogo contínuo, constante e de um compromisso renovado. Se os objectivos são reajustados, o compromisso também tem que ser reajustado e o trazer o paciente para essa parceria, tem que ser constantemente aferido.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistada: Através desta relação de parceria, da sinceridade e da honestidade. Nunca, em circunstância alguma, mentir, o que é diferente de omitir a verdade nas ocasiões em que a verdade possa ser prejudicial. O princípio é o de dizer sempre a verdade e jamais mentir. Se, numa determinada ocasião, toda a verdade não é dita, então que não seja dita porque há certeza, mais do que razoável, que vai causar mais mal do que bem. Mas importa que se mantenha sempre a intenção de transmitir essa informação, entretanto omissa, na primeira oportunidade. Eis o que é fundamental para o exercício máximo da autonomia.

Investigadora: Já temos vindo a falar de informação, mas como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistada: Toda, absolutamente toda mas a conta-gotas. A informação não pode ser dada de uma forma abrupta que bloqueia totalmente o outro, o qual deixa de ter capacidade de ouvir ou de compreender aquilo que é dito. A informação deve ser dada em plenitude mas sempre à justa medida do que o outro pode receber. Se o outro, no diálogo, der claros indícios de que não quer saber nada mais, então essa decisão deve também ser respeitada.

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistada: Aqui vou, se calhar, voltar à questão do consentimento informado. Muitas vezes o consentimento informado reduz-se a essa transmissão de informação e ao perguntar final “o senhor percebeu?” Ele diz quase sempre que sim, até porque tem vergonha de dizer que não percebeu. Assina então um papel. Mas pode acontecer que o doente não tenha entendido o que lhe foi dito.

Eu estive, como representante portuguesa, na UNESCO quando estávamos a discutir a Declaração Universal da Bioética e dos Direitos do Homem e tive oportunidade de dizer, quando trabalhávamos o artigo sobre o consentimento informado, que era absolutamente indispensável que houvesse um mecanismo de confirmação da recepção da informação tal como foi transmitida. Isto é, não basta transmitir mas é preciso perguntar ao outro o que é que percebeu do que foi dito. É evidente que não se vai perguntar de uma forma infantil e levantando suspeitas acerca da capacidade de compreensão do outro, o que seria ofensivo. Tem de se recorrer a uma forma delicada e apropriada ao interlocutor para fazer aquela pergunta, mas, de alguma maneira, tem de se obrigar aquele interlocutor a dizer o que se percebeu. Só assim é que o profissional de saúde vai ter a certeza de que aquilo que disse foi percebido tal e qual como disse. Não há outra via ... Por isso, penso que é absolutamente indispensável, quando se dá informação, procurar-se no outro a resposta a essa informação. Esta não pode ser um simples: “compreendi!” A realidade que lhe foi transmitida tem de ser explicado pelas suas próprias palavras.

Investigadora: Então assim consegue averiguar se existiu compreensão por parte do paciente e a sua capacidade de decisão?

Entrevistada: Evidentemente e não há outra forma mais segura.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistada: Agir como sempre se agiu na área dos cuidados médicos ou dos cuidados de saúde: agir em benefício do outro. Agindo sempre da melhor forma possível, beneficiando o outro e garantindo a sua dignidade, mesmo em estados de extrema vulnerabilidade. Aqui não há muitas dúvidas, é sempre de acordo com o princípio da beneficência.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistada: Depende muito da situação. Tenho a certeza absoluta que não deve nunca reagir dizendo: “Ai sim?! Se é essa a sua opinião, o senhor assina um papel confirmando que não quer o que lhe propus e fica resolvido o assunto. Eu não tenho mais responsabilidades”. Esta é a única forma que, de certeza, não é admissível. A partir daqui depende muito do caso em questão e cada um deve de ser tratado de forma singular. O “não” pode ser dado num momento de raiva, de depressão, de indisposição pontual; pode ser dado em relação a determinada matéria circunscrita e não em relação a outra; pode ser dado em relação àquela pessoa em relação a quem tem uma impressão negativa ..., depende muito da situação. Como o fisioterapeuta tem mais responsabilidade neste processo - porque tem mais poder e está menos fragilizado e vulnerabilizado - tem de haver da sua parte vontade e empenhamento em trabalhar o diálogo com essa pessoa, no sentido de, sem propriamente a convencer, criar condições para que ela, de uma forma razoável e sensata, não motivada por sentimentos, consiga tomar uma decisão esclarecida. Não é numa situação de depressão ou de raiva que se tomam decisões esclarecidas. Penso que tem de haver por parte do profissional de saúde, como o principal responsável nesta área, trabalho e mais trabalho do que ele estaria à espera ou desejaria ... Mas nunca deve abandonar ou virar as costas a quem precisa de cuidados. Deve continuar a trabalhar no sentido de ir fazendo aquilo que o paciente for permitindo e ir trabalhando de modo a conseguir que o doente, de uma forma esclarecida, assumida e comprometida, vá aderindo a novas formas terapêuticas que o beneficiam.

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistada: Primeiro já sabe o que eu penso sobre a designação de “consentimento informado”, a qual não me parece ter qualquer cabimento nesta área. Mesmo que tivesse, o consentimento informado, como nós sabemos, não é dado pelo menor, mas pelo seu representante legal. Por isso, por maior força de razões, não tem cabimento aqui. O que tem sempre cabimento é trazer o menor para o trabalho do terapeuta e empenhá-lo. É muito interessante esta pergunta porque até vem reforçar a minha tese, vem mostrar que o tal “compromisso” tem sentido com um menor e o “consentimento informado” não tem. É evidente que nestes casos o fisioterapeuta deve de ter alguma formação específica na área da psicopedagogia, para conseguir desencadear comportamentos que tragam essa criança, dependendo da sua idade, como parceira do processo terapêutico. A criança não vai dar consentimento informado mas tem de ser parceira no processo terapêutico, de uma forma lúdica, senão não resulta. Esta é a chave do sucesso.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistada: Aqui, uma vez mais, devia de ser o fisioterapeuta a responder ..., porque eu vou ousar afirmar que nunca há ninguém totalmente incapaz. Pelo que conheço da realidade desta área, mesmo naqueles que, à partida, são considerados como incapazes, 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. Nunca desistir nem abandonar o outro.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistada: Isso é mais complicado. É complicado, quer para o doente, quer para o próprio estagiário. O doente, obviamente, tem de receber toda a informação e tem de se pronunciar acerca de querer ou não ser tratado por um estagiário. Ele pode recusar. Portanto esta situação tem que ser dada a conhecer imediatamente e antes do estagiário começar a trabalhar com ele. Se ele não tiver qualquer problema com a situação, com

certeza que a acção decorrerá com normalidade. Não obstante, continuará a poder ser problemático para o estagiário porque, suponho, a sua avaliação será feita também a partir da capacidade de resposta do doente, o que é difícil ser quantificável. Cada caso é um caso. Mesmo em situações clínicas iguais as pessoas respondem diferentemente, de acordo com variadíssimas circunstâncias que escapam ao fisioterapeuta. Eu, como professora, agora sim posso falar, parece-me uma forma de avaliação algo problemática.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistada: Aqui dependerá única e exclusivamente da vontade do paciente. Aqui não vejo especificidade no campo da fisioterapia. Aplica-se o que é comum, informação plena, total e... agora sim, pela primeira vez, eu falaria de consentimento informado. Se é um projecto de investigação o paciente tem de dar o seu consentimento informado por escrito, o qual deve especificar a finalidade do projecto, todas as suas etapas, o que vai ser feito, potenciais prejuízos e benefícios ..., tudo! Aí seguiria o padrão normal do consentimento informado para a investigação.

ENTREVISTA Nº: 7 - FISIOTERAPEUTA (4)

Local e data: Lisboa, 6 de Março de 2007 **Duração:** 25 min

Hora de início: 16 h e 30 min **Hora final:** 16 h e 55 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Feminino

Idade: 44 anos

Profissão: Fisioterapeuta

Grau: Licenciada + Pós-Graduação

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Eu acho que consentimento é... o consentir, é uma parceria, ou seja o fisioterapeuta deve, na relação terapêutica que tem com o seu doente/paciente/utente, partilhar com ele as decisões que propõe e por isso deve informá-lo de tudo aquilo que pretende fazer, quais os riscos e benefícios. Penso que consentimento é uma palavra que vem do inglês “*consent*” e é no fundo um consenso, ou seja, duas pessoas partilham da mesma opinião e por isso chegam a um consenso que devem realizar aquele tipo de intervenção. 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. Deve-se informar, comunicar, realizar escuta activa, etc... no sentido de posteriormente se saber que o doente entendeu tudo.

Deve-se dizer ao doente que a qualquer momento da intervenção pode recusar, ou querer alterar o inicialmente proposto, julgo que é algo que os fisioterapeutas raramente fazem mas que devemos informar sempre e estar abertos para o caso dessa situação surgir.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se processa o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Como se processa actualmente aqui em Portugal? Bem, eu não sei exactamente como é que ele se processa. A Associação (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – APF) tem os Padrões de Prática, e tem utilizado bastante os instrumentos de auditoria nomeadamente o Questionário de Audição ao Utente. Neste questionário é perguntado ao utente se foi informado de todos os seus direitos, se lhe foi dado espaço para colocar questões...e é o indicador menos cotado nos instrumentos de auditoria . Por isso, eu penso que, no seio dos fisioterapeutas portugueses ainda há um

longo caminho a percorrer, porque não sei se os fisioterapeutas se esquecem de informar, se esquecem de partilhar, mas o que eu sei e o que me é dado a ver... aliás foi feita uma meta-análise com o Questionário de Auditoria ao Utente, onde se mostra que o grau de satisfação dos utentes face à fisioterapia era bastante elevado e o único índice que era um *outlier* era esse, o fisioterapeuta não informa e não dá espaço para o utente colocar questões. Por isso, acho que é um trabalho que deve ser feito ao nível das escolas, nos cursos base, sendo este o espaço ideal, mas há depois muito para fazer junto dos profissionais. O consentimento informado é uma questão relativamente recente e deve ser tratado ao nível da fisioterapia assim como dos restantes profissionais de saúde.

Investigadora: Em termos práticos acha que deve de existir um registo...?

Entrevistada: O que os Padrões de Prática preconizam é que exista um registo, a Associação elaborou inclusivamente um documento de consentimento informado. No entanto, em conversas com os nossos colegas holandeses e ingleses eles não utilizam um documento específico, aquilo que fazem é registar no processo clínico do fisioterapeuta, a informação fornecida ao doente e que ele concorda com a intervenção que lhe foi proposta. Portanto, tanto os holandeses como os ingleses não arquivam um formulário e penso que em Portugal também não o fazem, embora exista um formulário para quem queira utilizar. Em Portugal, em termos culturais, o consentimento informado está a ser utilizado, cada vez mais, para procedimentos invasivos. Para além disso, mesmo nas outras profissões de saúde o consentimento informado não é muito utilizado, e deveria ser, julgo que o formulário poderá ser dispensado mas não o restante nem o registo no processo.

Investigadora: Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”, de acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deve receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistada: Uma pergunta interessante! Por exemplo, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde o trabalho é verdadeiramente em equipa, eu não só me apresento e faço a avaliação, como também proponho ao utente a intervenção. Pergunto sempre

se posso, se concorda, como se sente, etc... Ou seja, independentemente da “intercomplementariedade”, mesmo existindo objectivos comuns a curto e médio prazo para cumprir, devo na minha intervenção solicitar sempre a parceria com o utente e acho que isso deve ser mantido.

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistada: Demonstra um respeito pela individualidade de cada pessoa e acho que uma das vantagens é, muitas vezes, os objectivos serem atingidos mais rapidamente. O fisioterapeuta estabelece relações terapêuticas, se o utente perceber exactamente quais são os objectivos do que foi proposto e se participar, poderá existir uma vantagem nessa relação terapêutica.

Relativamente ao nosso posicionamento face à parte legal da questão, penso que a nossa intervenção poderá englobar alguns riscos, mas ... julgo que é essencialmente por uma afirmação perante os outros profissionais e as vantagens que daqui decorrem são menores quando comparadas com as questões da relação terapêutica.

Investigadora: Identifique as desvantagens que considera estarem associadas a este processo?

Entrevistada: Nenhuma, porque acho que a decisão deve ser em parceria com o utente e por isso não vejo qualquer desvantagem.

Investigadora: Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Pensando nas estratégias que se poderiam adoptar para o fisioterapeuta passar a utilizar o consentimento informado na sua prática, começo por me recordar da meta análise que foi feita com 17 estudos que utilizaram o Questionário de Audição ao Utente, e aqui podemos ter um instrumento poderoso, porque podemos alertar os nossos colegas que o consentimento informado não é feito de forma correcta no nosso dia-a-dia e a divulgação destes resultados pode ser um incentivo já que vai de encontro às expectativas dos utentes. Outra das coisas é todo o trabalho que poderá ser feito na formação pós-básica e básica.

Investigadora: Considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade?

Entrevistada: Eu acho que esse será o caminho. O carácter obrigatório é uma questão um pouco complicada, se passa a ser obrigatório as pessoas consideram o consentimento informado como uma imposição e não o tratam como deverá ser tratado, como uma questão do foro da ética, uma parceria, um respeito pelo outro e tomar as decisões com a pessoa, porque o que vamos fazer é para a pessoa, com a pessoa e por isso envolvê-la nas decisões. Se for imposto, não sei se o profissional vai envolver o outro... de qualquer modo, nesta altura, o que posso dizer do hospital onde eu trabalho, é que para alguns procedimentos é imposto um formulário de consentimento informado, que começou por ser feito por qualquer profissional e que agora está a tomar outra forma, ou seja, acho que a cultura dentro das equipas e especialmente entre os médicos se está a alterar, actualmente existe uma verdadeira preocupação em informar os utentes e obter o seu consentimento esclarecido.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Julgo que os constrangimentos têm muito a ver com a questão da prescrição médica, por isso eu acho que se o fisioterapeuta for realmente um profissional autónomo, que tem que fazer o seu diagnóstico funcional, irá seguramente envolver o doente nas suas decisões e irá respeitar a sua individualidade e estabelecer uma parceria com o utente. Se houver indicações numa prescrição médica, como nós assistimos muito frequentemente, eu penso que aí o fisioterapeuta deixa essa responsabilidade para outro e não partilha tanto com o utente, deixa de ser um profissional autónomo e delega essa função noutros. Considero este o principal constrangimento, mas existem outros. Acho, por exemplo, que há alguma lacuna em termos de formação em relação às questões da ética, principalmente nos currículos mais antigos. Acho que na APF falta ainda o conselho de ética, que poderia fazer um excelente trabalho, porque nós temos os princípios éticos que são emanados pela WCPT, mas não temos um conselho de ética a funcionar e eu acho que isso poderia ser uma mais valia.

Mais coisas...talvez também a quantidade de trabalho, não sei!

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados? Há pouco já relacionou as estratégias com a questão dos incentivos, mas lembra-se agora de mais algumas para ultrapassar os constrangimentos que referiu?

Entrevistada: Eu acho que o fisioterapeuta não é tão autónomo como deveria, mas de qualquer forma, custa-me acreditar que independentemente desse constrangimento, não estabeleça uma parceria com o utente.

Acho que deveria existir um investimento na formação relacionada com estas questões a nível básico e pós-graduada.

Acho que se deveria estabelecer em qualquer pós-graduação a questão dos Padrões de Prática. Estes deveriam ser trabalhados ao nível do curso base, mas depois com muito mais substrato ao nível dos outros cursos, é uma aprendizagem ao longo da vida. Eu não tive formação nenhuma nesta área, quando me formei à mais de 20 anos e depois procurei saber e acho que fiquei muito mais “rica” depois de me ter debruçado sobre estes assuntos e de fazer parte do grupo de trabalho dos Padrões de Prática, a minha intervenção e o meu relacionamento mudou, de alguma forma,

Deveria de existir também debates e discussões de casos, porque há situações que nem sempre são fáceis. Noutro dia um doente crónico obstrutivo estava na Unidade de Cuidados Intensivos, não queria fazer fisioterapia mas estava mesmo a precisar, são casos como estes que são dilemas complicados e pelo facto de trabalhar em equipa conseguimos “trazer” o doente.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistada: Eu acho que deve registar, mas ao longo do tempo deve sempre ir verificando se o doente entendeu tudo, já que entre o fisioterapeuta e o paciente se estabelece uma relação de parceria.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistada: Eu não sei se será a questão do formulário, já que muitas vezes o doente assina sem entender. Portanto não sei se a adopção do formulário será garantia, não me

parece. O que eu faço muitas vezes é questionar o paciente, como a nossa relação é uma relação que permanece ao longo do tempo, não é uma intervenção esporádica e vamos percebendo se o doente está devidamente informado, porque inclusivamente ele nos questiona.

Investigadora: Como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistada: Eu acho que o doente nos dá muitas pistas e há determinado tipo de informação que deve ser fornecido em equipa. Estou a pensar numa equipa de reabilitação e há decisões e informação que devem acompanhar o processo de reabilitação, mas não é fácil.

De qualquer modo, para obter o consentimento para a sua actuação, o fisioterapeuta deverá fornecer ao doente todos os dados da sua avaliação e deve adequar a linguagem à pessoa que tem à frente.

Se me perguntar mas como é que faz? Eu digo que vou adaptando caso a caso, vou respondendo ao que me vão perguntando e tentar perceber o que está disposto a saber.

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistada: Isso é muito complicado...Eu acho que o utente espera de nós a nossa competência (profissional) e nós, muitas vezes, esperamos dele a confiança. Eu acho que é esta a relação que se estabelece. Actualmente há uma série de meios de informação a que as pessoas tem acesso e vão pesquisar, nomeadamente a internet, no entanto há situações em que o doente não quer saber, ou seja, aquela não é a altura certa. Nós não devemos “bombardear” o doente com informação, porque há alturas em que o doente quer ouvir, em que fará uma escuta activa e há outras alturas que não o fará, porque não está preparado para ouvir o que lhe precisamos de dizer... portanto não é fácil responder já que a sua capacidade de decisão pode depender de diversos aspectos.

Investigadora: Como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente?

Entrevistada: Muitas vezes volto a perguntar “explique-me lá, o que é que acha que vai acontecer?”, ou seja devolvo as perguntas.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistada: Uma percentagem considerável dos doentes que eu trato na Unidade estão inconscientes ou sedados e intervenho sempre que é solicitado a fisioterapia pela equipa, quer para a parte respiratória quer para a parte funcional, converso sempre com os doentes (alguns estão facilmente despertáveis outros não) mas nunca falei com a família para pedir autorização. Falo com os familiares na visita e vou dizendo o que faço e qual a evolução, mas não logo ao início, porque me parece que são alturas muito delicadas e que a família entende que são situações de urgência e que confiará que os procedimentos efectuados são os necessários. A minha intervenção não é suficientemente agressiva ou invasiva para necessitar de um consentimento da família ou provocar alguma recusa.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistada: Nós devemos respeitar a individualidade de cada pessoa, a sua liberdade e por isso se o doente recusa não devemos intervir e devemos registar no processo que o doente foi informado e que recusou. Mas acho que antes de chegar a esta situação, devemos esgotar todas as hipóteses. O que se fez naquele caso que referi anteriormente, foi negociar com o doente, o que se conseguiu foi em equipa, já que o doente não recusava só a fisioterapia, também não queria ser aspirado, etc... porque tinha experiências anteriores pouco “interessantes”, mas necessitava dessas intervenções senão o seu caso agravaria e obteve-se o seu consentimento condicional, já que ele só tolerava algumas intervenções e por curtos períodos de tempo.

Devemos respeitar, mas utilizar todas as oportunidades ou hipóteses para conseguir um consenso.

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistada: Acho que deve falar com os pais. E acho que o que refere a legislação é abaixo dos 14 anos falar sempre com os pais ou tutores.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistada: Falar com a família e com os cuidadores.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistada: O doente deve ser informado que vai ser tratado por um estagiário e tem o direito de recusar.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistada: Deve-se obter sempre o seu consentimento e deve ser escrito. Deve também ser informado que pode recusar a qualquer altura. Como não utilizamos medicamentos, acho que não há registos de recusas, mas seria interessante analisar essa situação.

ENTREVISTA Nº: 8 - BIOÉTICISTA (2)

Local e data: Lisboa (UC), 12 de Março de 2007 **Duração:** 20 min

Hora de início: 17 h e 35 min **Hora final:** 17 h e 55 min

INTRODUÇÃO

Esta entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado sobre o tema “Consentimento Informado em Fisioterapia”, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, na área de Especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. O objectivo geral deste estudo é conhecer as particularidades do consentimento informado em fisioterapia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

Os dados recolhidos são essenciais para este estudo, pelo que se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. Caso alguma pergunta não seja totalmente clara, deverá ser pedido um esclarecimento sobre o seu conteúdo.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Esta transcrição será fornecida ao entrevistado para comprovar a sua exactidão. Os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo este processo será garantido o anonimato do entrevistado.

DADOS DO ENTREVISTADO

Sexo: Feminino **Idade:** 33 anos

Profissão: Professora Universitária

Grau: Doutora

QUESTÕES

Investigadora: O primeiro grupo de questões que tenho para lhe colocar são sobre o processo de consentimento informado em fisioterapia. Para começar gostaria de saber o que entende por consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: O consentimento informado é o corolário do princípio da autonomia. O indivíduo doente, enquanto detentor de direitos, tem um direito claro à sua autonomia, sobre si e sobre o seu corpo, sobre todas as intervenções que serão feitas no seu corpo, inclusivé as da fisioterapia e terá que dar o seu consentimento. 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, que é normalmente a parte mais difícil.

Investigadora: Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde autónomo que exerce a sua actividade junto dos pacientes, famílias e prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de atingir um diagnóstico não médico mas funcional, que orientará a sua intervenção (de acordo com a definição da *World Confederation for Physical Therapy*), como se deverá processar o consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Antes de responder, terá que me esclarecer algumas coisas, vocês fazem o diagnóstico?

Investigadora: Um diagnóstico funcional, baseado no diagnóstico médico, em toda a informação clínica e na avaliação do fisioterapeuta....

Entrevistada: Teoricamente quem diagnostica é o médico, portanto o diagnóstico é médico e essa informação mais relacionada com o diagnóstico deve ser feita pelos profissionais médicos. Vocês podem fazer a vossa avaliação....

Investigadora: Exactamente que irá permitir um diagnóstico funcional, por exemplo podemos receber um doente com diagnóstico médico de fractura do úmero, com indicação para fazer fisioterapia e a nossa avaliação permitirá um diagnóstico funcional que orientará a selecção das estratégias de intervenção.

Entrevistada: Mas o médico faz o diagnóstico e recomenda a vossa intervenção, portanto vocês não tem intervenção clínica autónoma.

Investigadora: Depende dos modelos de actuação, mas em termos das selecções de estratégias sim.

Entrevistada: Mas não discutida com o médico?! É discutida!

Investigadora: Poderá não ser, o que diz a legislação é que o fisioterapeuta trabalha com indicação clínica, portanto a selecção das estratégias deverá ser sempre da responsabilidade do fisioterapeuta e faz parte do nosso conteúdo funcional.

Entrevistada: Portanto é essa parte que é sujeita a consentimento informado, o que vai ser feito da maneira X ou Y, etc... Toda a parte relativa ao diagnóstico médico carece de outro tipo de consentimento, vocês tem de perceber quais foram os moldes desse consentimento, mas é uma coisa que é da responsabilidade de outros profissionais.

Investigadora: Frequentemente o fisioterapeuta exerce a sua actividade em “intercomplementariedade”, de acordo com o artº 6 do DL 564/99, ao nível das equipas de saúde, nas quais cada profissional tem a sua função específica. Admitindo-se que o consentimento informado tem que ser dado pelo paciente, será que, neste trabalho de equipa, o fisioterapeuta deverá receber um consentimento informado especificamente relacionado com a sua intervenção?

Entrevistada: Idealmente não, quer dizer, se estamos a funcionar em equipa, quando existe um projecto para um doente, o projecto deve englobar as diferentes etapas, portanto o consentimento pode ser obtido num acto único, não multiplicando os formulários de consentimento, mas utilizando apenas um que englobe todo o projecto para aquele doente, desde o diagnóstico médico, os cuidados de enfermagem e as intervenções de fisioterapia. Tudo vai dentro de um projecto único e faz todo o sentido que assim seja, isto se as equipas funcionarem. Num trabalho realmente em equipa há a discussão de um projecto, dos objectivos finais, etc...

Investigadora: Mas isso não invalida que o fisioterapeuta não tenha de informar sobre a sua intervenção específica.

Entrevistada: Sim, pode conversar com o doente.

Investigadora: Reflectindo sobre os efeitos esperados do consentimento informado em fisioterapia, enumere as suas vantagens?

Entrevistada: Todas, não vejo desvantagens rigorosamente nenhuma.

Para mim existe uma diferença muito clara entre aquilo que é autonomia e autodeterminação. O consentimento informado, em países como o nosso, não pode ser visto como uma coisa sem algum tipo de paternalismo, porque realmente a sociedade portuguesa cresceu no paternalismo e não vê no paternalismo uma coisa essencialmente negativa, logo deve ser condimentado com algum rigor e cotenção. O consentimento, a partir do momento em que existe a conversa com o doente, o esclarecimento, uma relação, só tem vantagens. O consentimento não é uma folha é uma relação, portanto é... uma conversa, um abrir de perspectivas, é ouvir o outro, é fazer-nos ouvir a nós e perceber que o outro nos ouve, toda esta dialéctica faz com que, para mim, não existam desvantagens.

Se se entregar só uma folha, um formulário, isso não é sequer consentimento, portanto não faz sentido. Agora um trabalho de consentimento de base, uma relação para consentir não tem qualquer desvantagem.

Investigadora: Então respondeu à questão seguinte que era para identificar desvantagens associadas a este processo!

Quais considera serem os principais incentivos para a implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Há dois factores que eu acho que podem ser englobados nessa questão. O primeiro é um incentivo penalizador, que existe, infelizmente cada vez mais e os Estados Unidos da América são um exemplo. Ou seja, o consentimento é encarado como um modo de prevenção e não deve ser, mas passa a ser um incentivo para que as coisas se façam. Claro que normalmente, quando é a partir desse incentivo, que é negativo à priori, as coisas não são feitas neste modelo ideal de consentimento mas num modelo de “assinar o papel” para salvaguardar qualquer queixa.

A outra questão é que a ética e a bioética tem entrado em todos os currículos dos profissionais de saúde, portanto há uma sensibilização muito maior, por parte dos profissionais desta geração para a obrigatoriedade desta situação, não só a obrigatoriedade deontológica mas também legal, portanto as coisas tendem a mudar

devagar e as mentalidades vão-se adaptando, mas pelo menos já não existe a desculpa de não saber. Hoje em dia é indesculpável o não conhecimento sobre a obrigatoriedade ética e legal de obter o consentimento informado.

Investigadora: A próxima questão também já foi respondida, eu queria saber se considera que o consentimento informado em fisioterapia deve ser uma obrigatoriedade, mas já me disse que sim!

Entrevistada: Sim, sim. Mas não uma obrigatoriedade em si. Com a multiplicação de consentimentos e informações corremos seriamente o risco de confundir, em vez de informar. O consentimento deve ser um trabalho de equipa, deve ser feito como um projecto que engloba o tratamento como um todo. Caso contrário a escalada de consentimento pode resultar numa desinformação e numa desorientação total por parte do doente.

Investigadora: Quais considera serem os principais obstáculos ou constrangimentos encontrados no esforço de implementação do consentimento informado em fisioterapia?

Entrevistada: Basicamente a falta de informação e a falta de tempo (que é uma realidade inevitável na sociedade de hoje em dia). O consentimento informado não é muito consentâneo com esta política de saúde que nós temos de “cada vez mais”, “mais consultas, mais doentes e por outro lado menos tempo”. O consentimento, ou mais especificamente, toda a informação a ele obrigatoriamente associada, necessita de tempo por parte dos profissionais de saúde; a falta de tempo é claramente um dos constrangimentos à implementação de uma melhor política de informação.

Investigadora: Que estratégias propõe para ultrapassar os obstáculos ou constrangimentos identificados?

Entrevistada: Já falei da formação, tem que haver actualizações, formações pós-graduadas e uma formação ao longo da vida (tal como Bolonha presuppõe). Relativamente às políticas de saúde, há que tentar sensibilizar, cabe aos profissionais de saúde alertarem para esta necessidade e se debaterem por ela, no fundo é mais um requisito, numa consulta ou numa intervenção, que tem de ser contabilizado.

A nível das equipas de saúde, quando há um diagnóstico e todo o projecto para o doente está muito ligado à fisioterapia, poderá haver uma delegação defenida em equipa

da informação a fornecer e do consentimento a obter. Mas todas as estratégias devem ser pensadas em equipa para evitar roturas, fragilidades, desinformação, etc... Como o fisioterapeuta está mais tempo com o doente, pode-se aproveitar isso para colmatar alguma falta de tempo que exista por parte dos outros profissionais.

Investigadora: Genericamente que medidas deve o fisioterapeuta adoptar para que o consentimento seja considerado válido?

Entrevistada: Tem que perceber que o doente percebeu aquilo que lhe vai ser feito, que dá um consentimento realmente sobre uma informação que para ele foi perceptível.

Investigadora: De modo mais específico como garantir a autonomia ou liberdade do paciente?

Entrevistada: Através do consentimento, pressupondo obviamente informação qb!

Investigadora: Como verificar a sua competência ou capacidade de decisão?

Entrevistada: Essa é uma questão complicada. Normalmente considerar alguém incapaz é uma função da psiquiatria... mas percebo que na vossa área esta questão também se coloque em algumas situações. Mais uma vez, deve ser uma avaliação da equipa para perceber se aquele doente está realmente a consentir determinada intervenção e se tem capacidade e discernimento para perceber o que lhe foi transmitido.

Investigadora: Como seleccionar a informação a fornecer?

Entrevistada: Tem que ser feito de uma forma casuística. É óbvio que o modo de transmitir a informação, o tipo de informação, a conversa que se tem, vai depender muito daquilo que a pessoa é e daquilo que consegue perceber. No fundo é um exercício de pedagogia, perceber o que conseguimos que aquela pessoa entenda e quais são os métodos que podemos aplicar para transmitir a informação.

Investigadora: Como averiguar se existiu compreensão por parte do paciente?

Entrevistada: Conversando, por isso é que é importante a relação.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta face à impossibilidade de obtenção do consentimento, por exemplo em pacientes inconscientes ou sedados?

Entrevistada: Deve recorrer a um familiar próximo ou seu representante legal.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante a recusa de um paciente, adulto e competente, em realizar fisioterapia?

Entrevistada: Tem que respeitar, para o bem e para o mal!

Investigadora: Nas seguintes situações como deve agir o fisioterapeuta para obter o consentimento: Na prestação de cuidados de saúde a um menor?

Entrevistada: Deve recorrer aos pais ou ao representante legal da criança. Se se percebe que a decisão dos pais não está a ir ao encontro do melhor interesse da criança, pode colocar a situação em equipa, e se a situação for grave, pode-se fazer como se faz com as crianças filhas das Testemunhas de Jeová em casos de necessidade urgente de transfusão sanguínea e recorre-se ao Tribunal de Menores. Portanto deve sempre existir uma discussão em equipa e se realmente houver provas fundamentadas de que os pais estão a agir contra o melhor interesse da criança pode-se pedir a intervenção do Tribunal de Menores

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta perante um paciente *aparentemente incapaz* (por exemplo no caso de um doente que sofreu uma lesão cerebral)?

Entrevistada: Mais uma vez é casuístico... tem que haver a percepção se aquele é um consentimento válido e 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.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta quando é monitor de estágio e pretende que, sob a sua supervisão, um paciente seja avaliado e posteriormente tratado por um estagiário?

Entrevistada: Tem que lhe pedir consentimento, perguntar se ele não se importa. Não é só o tratar, é o visitar, é o ver, o olhar, o levantar o lençol... tudo isso. Tudo aquilo que é

feito sobre o doente, por um aluno ao por alguém que não é a própria pessoa a quem ele consentiu, tem de ser objecto de novo consentimento, não é preciso ser uma coisa formal mas tem que se explicar a situação e dar-lhe espaço e liberdade de decidir.

Investigadora: Como deve agir o fisioterapeuta no caso de pretender incluir um paciente numa investigação?

Entrevistada: Deve existir um consentimento informado para investigação. Informá-lo que ele não vai ser prejudicado se não aceitar fazer parte da investigação, que pode desistir... No fundo deve-se seguir todos os procedimentos para o consentimento na investigação científica que são diferentes dos procedimentos para a intervenção médica.