

Qualidade do Consentimento Informado no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

Lénia Góis, ICBAS-UP*, Ana Cristina Silva, MD, CHP-HSA**

- INTRODUÇÃO:** O consentimento pode ser definido como a permissão voluntária e persistente do paciente para receber tratamento baseado na sua compreensão da natureza do procedimento, dos riscos associados, da probabilidade de sucesso e existência de outras alternativas. Este estudo tem por objectivos estimar a forma como o consentimento informado está a ser efectuado, avaliar o modelo de decisão preferido pelos pacientes e analisar que factores influenciam a satisfação dos pacientes quanto ao processo de decisão de realização da cirurgia.
- MÉTODOS:** Os pacientes admitidos no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António para procedimento cirúrgico, para o qual fosse necessário preencher um consentimento informado, foram inquiridos entre o 2º e o 7º dia de período pós-operatório.
- RESULTADOS:** Dos 137 pacientes que participaram no estudo (51,1% do sexo masculino; idade média 61,75 anos), cerca de 86,1% recebeu explicação dos aspectos inerentes à cirurgia e 13,9% afirma que não. A análise revelou que 9,7% recebeu informação acerca de outras opções de tratamento, 30,6% não recebeu. O maior grau de vontade para questionar o cirurgião acerca de aspectos relacionados com a cirurgia e a participação adequada na decisão de realizar a cirurgia, influenciaram a satisfação com o processo de consentimento informado, de forma independente.
- CONCLUSÕES:** Os achados deste estudo poderão ajudar os cirurgiões a compreender a perspectiva dos pacientes e, dessa forma, permitir a melhoria da prestação do consentimento informado através da abordagem destas áreas. Os presentes achados poderão servir de ferramenta para desenvolver um standard para avaliação da qualidade do consentimento informado.

Palavras chave: Consentimento Informado; Cirurgia; Satisfação; Qualidade

Conflitos de interesse: os autores não receberam qualquer tipo de pagamento por parte de nenhuma entidade.

* Aluna do Mestrado Integrado em Medicina, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

** Assistente Hospitalar do Serviço de Cirurgia, do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

O termo de consentimento é um documento recomendado por declarações internacionais, códigos de ética e resoluções e leis específicas, a ser utilizado na prática quotidiana em saúde. O consentimento pode ser definido como a permissão voluntária e persistente do paciente para receber tratamento após a compreensão do carácter do procedimento, dos riscos associados, da probabilidade de sucesso e existência de outras opções de tratamento. Os pacientes estão cada

vez mais cientes dos seus direitos básicos, éticos e legais, sendo o consentimento actualmente interpretado como um direito que lhes assiste mais do que como um dever de explicação por parte do médico, havendo alteração da antiga noção de presunção da beneficiência¹. A obtenção do consentimento informado (CI) dos pacientes que serão submetidos a um procedimento médico é de interesse, particularmente para o médico, já que a falha em obtê-lo aumenta a probabilidade de processos litigiosos^{1,2}.

As questões em torno da qualidade do consentimento informado são cada vez mais relevantes, não só pelos aspectos éticos e legais que os riscos dos procedimentos invasivos comportam, mas também pelo facto do consentimento informado constituir uma fatia significativa do investimento na qualidade dos

cuidados prestados, através da melhoria da cooperação entre o doente e a equipa médica, dos resultados finais e do grau de satisfação do paciente³⁻⁶. Nesta problemática, a comunicação eficaz entre médico e paciente é particularmente importante já que é esperado que o paciente participe do processo de decisão ponderando os riscos e os benefícios dos tratamentos recomendados⁷. Contudo, há numerosas barreiras à comunicação e entendimento mútuo entre médico e paciente, nomeadamente educação e linguagem, frequentemente referidas e pesquisadas⁶. A transmissão de informação suficiente e compreensível é então importante para que o paciente seja capaz de tomar uma decisão verdadeiramente informada. Actualmente, a forma de prestação do consentimento informado convencionada no Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António (CHP-HSA), consiste no esclarecimento verbal pelo médico responsável. As guidelines⁸ III sugerem a prestação de informação quanto aos seguintes aspectos: 1) propósito e detalhes da investigação ou tratamento; 2) detalhes e incertezas do diagnóstico; 3) opções de tratamento e prognóstico provável, incluindo opção de não tratar; 4) explicação dos benefícios e probabilidades de sucesso para cada opção; 5) nome do médico que deterá a responsabilidade no processo e 6) lembrar que o paciente pode mudar de opinião quanto a realizar ou não a cirurgia a qualquer momento. Apesar de haver ainda incerteza quanto ao método ideal de fornecimento de informação, diversos autores têm recomendado o uso da combinação de consentimento oral e escrito²⁴.

Este estudo tem por objectivos estimar a forma como o consentimento informado está a ser efectuado, avaliando se a transmissão das principais informações está a ser efectuada, avaliar o modelo de decisão preferido pelos pacientes e analisar que factores influenciam a satisfação dos pacientes quanto ao processo de decisão de realização da cirurgia.

MÉTODOS

Seleção da amostra

Foram incluídos no estudo os pacientes admitidos no Serviço de Cirurgia do CHP-HSA para procedimento cirúrgico, para o qual fosse necessário preencher um consentimento informado. Foram inquiridos entre o 2º e o 7º dia de período pós-operatório (quer para garantir que os pacientes estivessem em condições físicas adequadas para conseguir responder ao questionário, quer para incluir o máximo de sujeitos possível no

estudo, sem haver necessidade de ida diária ao serviço), após concordarem verbalmente com a participação no estudo, pelo autor do estudo, depois de terem sido explicados os objectivos.

Questionário

Foi efectuado um teste piloto com 30 pacientes para avaliar a compreensão das questões colocadas de modo a refinar a formulação das mesmas, tendo estes pacientes sido incluídos na análise estatística. O questionário (em anexo) focou-se na recordação da informação prestada no que se refere à quantidade e clareza de transmissão, aos riscos, às outras opções de tratamento, à participação e às preferências no processo de decisão, ao à vontade para questionar o cirurgião acerca de dúvidas relacionadas com o procedimento cirúrgico e à satisfação com o processo de decisão de realização da cirurgia. Foi também recolhida informação demográfica, informação quanto à instrução, à natureza urgente ou electiva do procedimento, à fonte de informação e ao tempo de reflexão. Foram, então, inquiridos 137 pacientes entre Março e Maio de 2009, sendo os questionários anónimos.

Análise estatística

Para avaliar a satisfação do paciente como parte integrante da prestação de um consentimento informado de qualidade, cruzamo-la com todas as variáveis. Tentou-se recodificar as variáveis presentes no inquérito de modo a obter variáveis categóricas binárias, para que fosse possível obter número de casos suficiente para verificação da existência de relações estatisticamente significativas. Para a análise univariada utilizou-se o teste Chi-Quadrado (χ^2) ($p < 0,05$). Para a análise multivariada da variável satisfação, com o objectivo de detectar quais os factores independentes a ela associados, utilizou-se um modelo de Regressão Logística. O tratamento estatístico dos dados utilizando o programa SPSS[®] 17.0.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Dos 137 pacientes que participaram no estudo, 48,9% ($n=67$) eram do sexo feminino e 51,1% ($n=70$) do sexo masculino. A idade dos indivíduos variou entre 17 e 90 anos de idade, sendo a média $61,75 \pm 15,49$ anos. Quanto à escolaridade, 73,7% ($n=101$) apresentava baixa escolaridade (sem escolaridade, ensino primário e ensino básico) e 26,3% ($n=36$) apresentava

escolaridade média/alta (ensino secundário, bacharelato e ensino superior). Cerca de 62,0% (n=85) encontra-se reformado e 38,0% (n=52) no activo. Aproximadamente 36,5 % (n=50) foram intervencionados com urgência, enquanto 63,5% (n=87) dos indivíduos foram submetidos a procedimentos electivos. Os indivíduos admitidos no estudo apresentaram uma média de dias de período pós-operatório de $4,07 \pm 1,81$ dias.

Fornecimento de informação

Cerca de 86,1% (n=118) admite ter recebido explicação dos aspectos inerentes à cirurgia antes da mesma e aproximadamente 13,9% (n=19) afirma que não.

Os dados referentes à fonte de informação para a prestação do consentimento informado estão patentes na Figura 1.

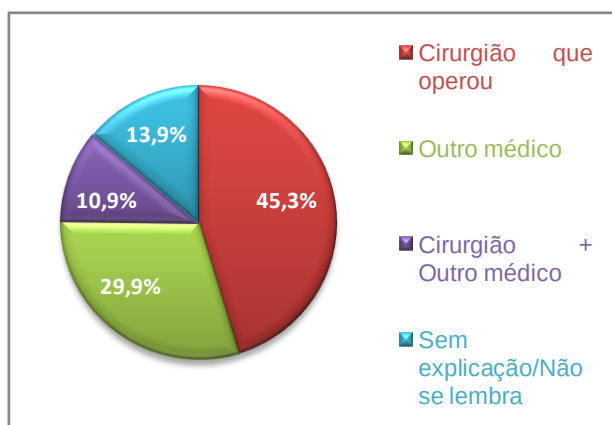


Figura 1. Fonte de informação para a prestação do Consentimento Informado

A maior quantidade de informação foi dada pelo cirurgião em cerca de 62,8% (n=81) dos casos, por outro médico em 31% (n=40) dos casos e por outros meios (outros médicos, enfermeiros, outras pessoas e mass-média) em 6,2 (n=8) dos casos.

Quanto ao tempo que decorreu entre a explicação dos factos inerentes à cirurgia e a realização da mesma, cerca de 50,8% (n=60) dos indivíduos recebeu-a entre minutos a dias antes e 49,2% (n=58) recebeu a explicação semanas a meses antes de efectuar a cirurgia.

No que se refere ao tempo de reflexão entre a explicação e a assinatura do consentimento informado,

14,4% (n=17) considera ter sido muito pouco ou pouco, 83,9% (n=99) considera ter sido adequado e 1,7% (n=2) considera ter sido mais que adequado ou demasiado.

Quanto à quantidade de informação fornecida, 18,6% (n=22) dos indivíduos considera ter recebido pouca ou insuficiente informação e 81,4% (n=96) considera ter recebido informação suficiente. Nenhum paciente considerou ter recebido quantidade de informação excessiva. Como motivos para considerar a quantidade de informação insuficiente ou pouca os pacientes apontaram mais frequentemente o facto da informação fornecida nunca ser, para eles, suficiente, o facto de que cirurgia foi efectuada de urgência e o facto de não compreender aquilo que o cirurgião dizia.

No que se refere à quantidade de informação desejada caso o paciente tivesse de ser intervencionado novamente, 49,6% (n=68) deseja saber mais e 49,6% (n=68) o mesmo. Apenas um indivíduo deseja saber menos (0,7%). Dos pacientes que consideraram ter recebido quantidade de informação adequada, 35,4% desejava mais informação e 64,6% não desejava mais informação se tivesse de realizar outra cirurgia.

Quando inquiridos sobre o facto de poderem ou não voltar atrás na decisão de realizar a cirurgia após assinatura do CI, 19 % (n=26) dos pacientes respondeu correctamente. Aproximadamente 32,8% (n=45) respondeu que não e 48,2% (n=66) não sabia responder.

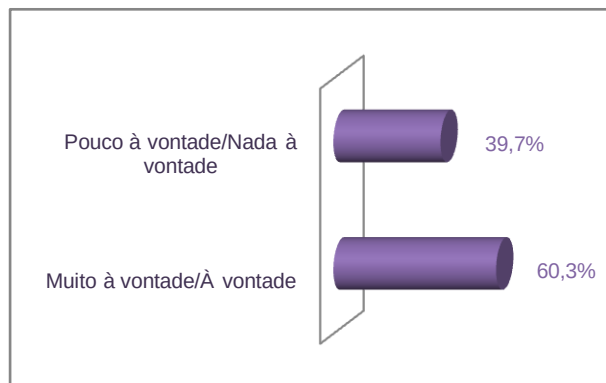


Figura 2. Grau de à vontade para questionar o cirurgião quanto a questões relacionadas com o procedimento cirúrgico

O grau de à vontade para questionar o cirurgião acerca de aspectos relacionados com a cirurgia, encontra-se sumarizado na Figura 2. Este encontra-se

Tabela 1. Sumarização das frequências das questões de sim/não referentes ao fornecimento de informação

Questão	Sim % (n)	Não % (n)
Assinatura do consentimento informado	97,1 (133)	2,9 (4)
Duração adequada do tempo que o cirurgião despende para explicar os aspectos relacionados com a cirurgia	83,9 (99)	16,1 (19)
Treino adequado por parte do cirurgião para fornecer explicações de forma clara quanto à cirurgia	95,8 (113)	4,2 (5)

significativamente associado à escolaridade ($\chi^2=6,25$; $p=0,01$).

Cerca de 35% (n=48) dos pacientes não conheceu o cirurgião que o operou antes da cirurgia, e este achado está estatisticamente associado ($\chi^2=4,26$; $p=0,04$) ao facto da cirurgia ser efectuada de urgência.

Os restantes resultados respeitantes à informação prestada encontra-se sumarizada na Tabela 1.

Informação acerca dos riscos, outras opções de tratamento e complicações

Quanto à informação respeitante aos riscos, cerca de 35,2% (n=43) dos pacientes diz ter recebido informação acerca dos riscos e 64,8% (n=79) afirma que não. Aproximadamente 34,4% (n=42) gostaria de ter recebido mais informação acerca dos riscos, enquanto que 65,6% (n=80) não. Dos pacientes que receberam informação acerca dos riscos da cirurgia, 23,3% gostaria de ter recebido mais informação quanto aos mesmos. Dos pacientes que não receberam informação quanto aos riscos da cirurgia, 40,5% gostaria de ter recebido mais informação quanto aos mesmos.

A análise quanto à recepção de informação acerca de outras opções de tratamento revelou que 9,7% (n=13) recebeu informação, 30,6% (n=41) não recebeu e a 59,7% (n=80) foi dito que não havia outra opção de tratamento. Dos 13 pacientes que receberam explicação quanto a outras opções de tratamento, 7 receberam informação quanto aos riscos e benefícios de outras opções de tratamento. Tendo em conta o recodificação para a análise univariada (assume-se que se o médico afirmou não haver outra opção, tal facto é verdade, portanto incluímos estes indivíduos no grupo dos que receberam explicação), 69,4% (n=93) dos indivíduos recebeu explicação quanto a outras opções de tratamento, enquanto que 30,6% (n=41) não recebeu.

Cerca de 8,8% (n=12) dos pacientes diz ter tido complicações decorrentes da cirurgia que não lhe tinham sido ditas antes de realizar a cirurgia. Destes, 5 pacientes, não sabe qual a complicação que teve e 3

pacientes referiram como complicação hemorragia pós-operatória, sendo que 9 pacientes gostariam de ter sido informado de que tal complicação poderia ocorrer.

Quando inquiridos sobre o facto de desejarem ter sabido dos resultados e taxa de complicações associadas ao cirurgião que os operou antes de concordar em realizar a cirurgia, 61% (n=83) dos pacientes gostaria afirma que sim.

Processo de decisão

Os dados referentes ao grau de participação na decisão de realização da cirurgia, experienciado pelos pacientes, encontram-se sumarizados na Figura 3.

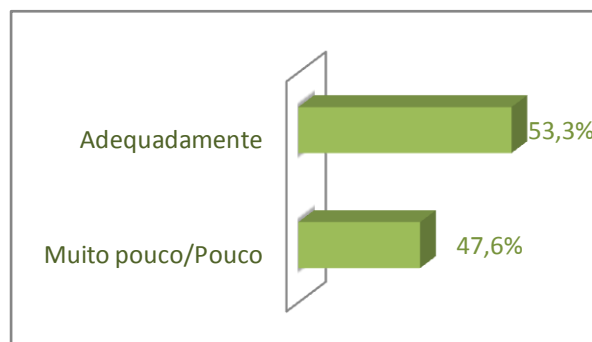


Figura 3. Participação dos pacientes na decisão de realizar a cirurgia (nenhum paciente considerou ter participado demasiado).

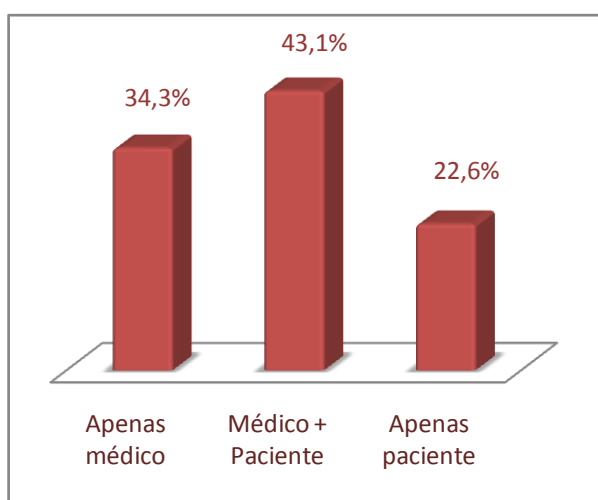
As preferências dos pacientes quanto ao modelo de decisão ideal, estão patentes na Figura 4.

A participação na decisão de realizar a cirurgia demonstrou-se significativamente associada às variáveis apresentadas na Tabela 2.

Dos pacientes que consideram ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia, 97,3% recebeu explicação quanto aos aspectos relacionados com a cirurgia antes de assinar o CI. Dos pacientes que não receberam explicação acerca dos aspectos relacionados com a cirurgia antes da assinatura do CI,

Tabela 2. Factores estatisticamente significativos na participação do paciente na decisão de realização da cirurgia

Factor	Valor do teste χ^2 (p <0,05)	Valor de p
Obtenção de explicação acerca dos diversos aspectos relacionados com a cirurgia	16,20	<0,0001
Desejo de conhecimento dos resultados e taxa de complicações do cirurgião	4,38	0,04
Informação acerca dos riscos inerentes à cirurgia	5,27	0,02
Quantidade de informação acerca da cirurgia	6,40	0,01
Duração adequada do tempo que o cirurgião despende para explicar os aspectos relacionados com a cirurgia	10,83	0,001
À vontade para questionar o cirurgião acerca de questões relacionadas com a cirurgia	6,03	0,01
Informação acerca de outras opções de tratamento	7,63	0,01

**Figura 4.** Modelo de decisão ideal

apenas 10,5% considerou ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia.

Dos pacientes que consideraram ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia, 52,8% gostaria de ter conhecido os resultados associados ao cirurgião que os operou. Dos pacientes que consideraram ter participado muito pouco/pouco na decisão de realizar a cirurgia, 70,3% gostaria de ter sabido dos resultados associados ao cirurgião que os operou.

Dos pacientes que consideram ter participado muito pouco/pouco na decisão de realizar a cirurgia, apenas 23,5 % recebeu informação acerca dos riscos. Dos pacientes que receberam informação acerca dos riscos, 72,1% considera ter participado adequadamente da decisão de realizar a cirurgia.

Dos pacientes que consideram ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia, 93% considera que o médico demorou tempo suficiente no

fornecimento de informação. Dos pacientes que não consideram que o cirurgião demorou tempo suficiente no fornecimento de informação, apenas 26,3% considera ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia.

Dos pacientes que consideram ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia, 69,9% sentiu-se muito à vontade/à vontade para questionar o cirurgião acerca de assuntos relacionados com o procedimento cirúrgico. Dos pacientes que se sentiram muito pouco/pouco à vontade para questionar o cirurgião acerca de assuntos relacionados com o procedimento cirúrgico, 40,7% considera ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia.

Dos pacientes que consideram ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia, 88,7% considerou ter recebido suficiente quantidade de informação. Dos pacientes que consideraram ter recebido pouca/insuficiente informação, 36,4% considera ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia.

Satisfação com o processo de decisão

Os dados respeitantes à satisfação com o processo de decisão de realização da cirurgia estão patentes na Figura 5.

Dos pacientes muito satisfeitos/satisfeitos, 57,7% recebeu informação acerca dos riscos da cirurgia. Dos pacientes que não receberam informação acerca dos riscos da cirurgia, apenas 15,5%, está muito satisfeito/satisfeito.

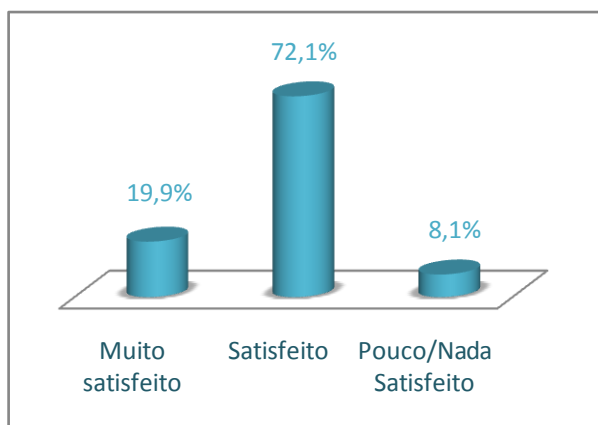
Dos pacientes muito satisfeitos/satisfeitos, 85,2% considera ter participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia. Dos pacientes que consideram ter participado pouco/muito pouco na decisão de realizar a cirurgia, apenas 14,8% está muito satisfeito/satisfeito.

Tabela 3. Factores estatisticamente significativos na satisfação do paciente quanto ao processo de decisão de realização da cirurgia

Factor	Valor do teste χ^2 (p < 0,05)	Valor de p
Informação acerca dos riscos inerentes à cirurgia	6,49	0,01
Grau de participação na decisão de realizar a cirurgia	13,81	<0,0001
Maior quantidade de informação dada pelo cirurgião	4,85	0,03
Grau de à vontade para questionar o cirurgião acerca de questões relacionadas com a cirurgia	13,54	<0,0001
Modelo de decisão preferido	7,80	0,02

Tabela 4. Resultados da análise multivariada. *Odds Ratio; **Intervalo de Confiança

Variável	OR*	IC** a 95%	Valor de p
Conhecimento de que pode voltar atrás na decisão de realizar a cirurgia	1,59	0,44-5,76	0,48
Quantidade de explicações na próxima cirurgia	0,401	0,12-1,35	0,14
Modelo de decisão preferido	1,45	0,36-5,78	0,60
Grau de participação na decisão de efectuar a cirurgia	4,23	1,04-17,21	0,04
Maior quantidade de informação pelo cirurgião	2,97	0,76-11,55	0,12
Grau de à vontade para perguntar	13,89	1,63-118,10	0,02
Explicação dos riscos da cirurgia	0,99	0,29-3,41	0,99

**Figura 5.** Satisfação com o processo de decisão de realização da cirurgia

Dos pacientes muito satisfeitos/satisfeitos, 83,3% recebeu maior quantidade de informação pelo cirurgião que operou. Dos pacientes que receberam maior quantidade de informação por outros meios apenas 16,7%, está muito satisfeito/satisfeito. Dos pacientes muito satisfeitos/satisfeitos, 92,6% considerou estar muito à vontade/à vontade para questionar o cirurgião quanto a questões relacionadas com a cirurgia. Dos pacientes que consideram estar pouco/nada à vontade para questionar o cirurgião

quanto a questões relacionadas com a cirurgia, apenas 4,3% está muito satisfeito/satisfeito.

Dos pacientes muito satisfeitos/satisfeitos, 83,3% considera que o médico deve tomar as decisões em conjunto com o paciente. Dos pacientes que consideram que a decisão cabe apenas ao médico ou que cabe apenas ao paciente, apenas 11,6% e 14,3%, está muito satisfeito/satisfeito, respectivamente. A Tabela 3 expõe os factores cuja associação com a satisfação com a decisão de realizar a cirurgia, se demonstrou estatisticamente significativa na análise univariada.

Quando inquiridos sobre o facto de quererem realizar uma próxima cirurgia no CHP-HSA, caso tal seja necessário, apenas 2,8% (n=3) dos pacientes respondeu que não.

Análise multivariada

Efectuou-se análise multivariada para a satisfação com o processo de decisão para verificar que factores a influenciam de forma independente e constatou-se que o são o à vontade para perguntar e o grau de participação na cirurgia (Tabela 4). Não foi possível incluir a preferência pelo modelo de decisão nesta análise, uma vez que esta não constitui uma variável binária.

DISCUSSÃO

A informação adequada antes de um procedimento invasivo é fundamental para fornecer o consentimento informado. O presente estudo, à semelhança do estudo de Brezis e tal⁹, distingue-se dos restantes pois não foram perguntados especificamente os riscos ou as alternativas de tratamento, mas apenas se os pacientes se lembravam ou não de ter recebido explicações em relação a esses aspectos.

Neste estudo, a quantidade de informação recebida foi considerada como suficiente, por uma grande maioria dos pacientes, embora a maioria destes não tivesse recebido informação quanto aos riscos (62,5%) e a outras opções de tratamento (89,6%) e uma percentagem considerável desejasse obter mais informações da próxima vez que tivesse de realizar uma cirurgia. Esta contradição pode ser somente aparente uma vez que as explicações podem ser interpretadas como sendo boas por conterem informações quanto a outros aspectos do tratamento (como explicações técnicas do procedimento, anestesia ou recuperação), embora os riscos e alternativas de tratamento não tenham sido abordados.

Uma dúvida frequente no CI, é saber qual a quantidade apropriada de informação sobre os riscos. Alguns autores advogam que o fornecimento de informação quanto aos riscos e complicações pode provocar ansiedade desnecessária^{10,11}. Outros defendem que a melhoria do conhecimento dos pacientes acerca do tratamento reduz a ansiedade¹²⁻¹⁴. Um estudo efectuado em pacientes oncológicos¹⁵ que investigou o desejo de informação, demonstrou que a maioria dos pacientes queriam saber tanto quanto possível acerca da sua doença e tratamento. Outra questão prende-se com a melhor forma de transmitir a informação acerca dos riscos. É prática actual no Reino Unido (RU)¹⁶ o fornecimento de explicações quanto aos riscos sob a forma de probabilidades embora seja amplamente reconhecido que os pacientes frequentemente não conseguem compreender as probabilidades explicadas pelos médicos e interpretam-nas de modos diferentes¹⁷. Há ainda bibliografia que sugere questionar o paciente quanto à quantidade de riscos que este deseja saber¹⁸. A prestação de informação através de panfletos¹⁹ ou vídeos²⁰ deve ser considerada. Estes têm a vantagem de poder ser entregues aos pacientes dias a semanas antes da admissão para a cirurgia pelo que os pacientes podem estudá-los e procurar mais informação, efectuando uma decisão verdadeiramente informada. Os pacientes devem estabelecer uma relação de confiança com o cirurgião que os opera²¹. Desta forma,

os pacientes devem ter a oportunidade de conhecer o cirurgião que os vai operar, antes da admissão hospitalar^{22,23}. No presente estudo, uma percentagem considerável de pacientes (35%) não conheceu o cirurgião que o operou antes da cirurgia sendo a probabilidade de o conhecer menor quando se trata de uma cirurgia efectuada de urgência.

Neste estudo, a maioria dos pacientes afirmou querer saber dos resultados específicos do cirurgião que operou, facto já descrito anteriormente²⁴. O fornecimento desta informação tem sido largamente contestado mas estão cada vez mais disponíveis para cirurgia cardíaca no RU²⁵. Se eles se tornarem parte da decisão tomada pelo paciente, haverá necessidade de criar de tabelas de risco validadas. Experiências nos Estados Unidos da América revelaram que, mesmo quando os pacientes detêm esta informação, raramente isso resulta num pedido para mudar de cirurgião²⁶.

Embora faça parte das guidelines para o fornecimento do CI⁸ lembrar que o paciente possa voltar atrás na decisão de realizar a cirurgia, quase metade dos pacientes não sabe se pode voltar atrás na decisão de realizar a cirurgia após a assinatura do CI, demonstrando que esta informação não está a ser transmitida.

Há grandes diferenças no que respeita ao modelo de decisão preferido, como já referido por alguns autores^{27,28}. Apesar de quase metade dos pacientes preferir uma decisão partilhada, uma proporção cada vez maior prefere ter mais autonomia e uma porção significativa ainda adere a uma abordagem paternalista, preferindo que o médico decida por eles. Todas as abordagens são aceitáveis e, como proposto por alguns autores dedicados à ética clínica, o CI deve ser específico para cada paciente²⁹. Já que os pacientes podem alternar entre uma e outra abordagem, dependendo das circunstâncias clínicas, o CI deverá provavelmente ser orientado quer segundo o paciente, quer segundo as circunstâncias.

Actualmente, não há nenhum standard aceite para a avaliação da qualidade do CI⁹ mas, sendo o paciente o centro do processo do CI¹⁶, faz sentido incluir aqui a satisfação deste quanto ao processo do CI, informação apenas acessível através do conhecimento do feedback do paciente. A maioria dos pacientes incluídos neste estudo está satisfeita com o processo de decisão. A análise demonstrou que a satisfação dos pacientes em relação ao processo de consentimento informado associa-se com a recepção de informação quanto aos riscos da cirurgia, à participação adequada na decisão de realizar a cirurgia, ao facto da maior quantidade de

informação ser dada pelo cirurgião, o maior grau de à vontade para questionar o cirurgião acerca de questões relacionadas com a cirurgia e a preferência de um modelo e decisão partilhada entre médico e paciente. Contudo, apenas o maior grau de à vontade para questionar o cirurgião acerca de aspectos relacionados com o procedimento cirúrgico e a participação adequada na cirurgia, influenciaram a satisfação na análise multivariada pelo que são factores independentes na satisfação do paciente. Embora tenha havido um estudo⁹ com os mesmos objectivos e moldes do presente estudo, não se conseguiu encontrar associações estatisticamente significativas entre a satisfação dos pacientes quanto ao processo de decisão e outros factores pelo que os presentes achados não foram descritos anteriormente. Estes poderão ajudar os cirurgiões a compreender a perspectiva dos pacientes e, dessa forma, permitir a melhoria da prestação do CI pela abordagem das áreas consideradas como contribuintes para uma maior satisfação. Neste caso, apenas a participação na decisão de realizar a cirurgia está associada de forma estatisticamente significativa a factores passíveis de ser melhorados durante a prestação do CI (Tabela 2). O à vontade para questionar o cirurgião acerca de questões relacionadas com a cirurgia encontrou-se apenas associado à escolaridade.

Embora o objectivo deste estudo não fosse desenvolver padrões para a avaliação da qualidade do CI, estes achados podem auxiliar o seu alcance.

Nenhum paciente declinou participação e ao ser uma amostra consecutiva, não seleccionada, deverá ser representativa da população que recorre ao serviço de cirurgia do CHP-HSA.

O estudo tem diversas limitações. A prestação do CI não foi directamente observada: a informação baseia-se apenas na percepção subjectiva e na evocação por parte dos pacientes desse momento, algum após ele ter tomado lugar. Uma vez que os questionários foram efectuados vários dias após o consentimento, pode ter sido inserido um viés de falta de memória, já descrito anteriormente¹², pois os pacientes poderão ter recebido informação da qual não se recordam ao momento do inquérito. A falha em lembrar-se pode ocorrer devido à omissão na explicação do médico ou à incapacidade do paciente compreender, assimilar ou reorganizar a informação⁹.

Admite-se que o facto de os inquéritos serem colhidos numa fase precoce do período pós-operatório, a taxa de complicações pode estar subvalorizada.

O grau de satisfação referido pelos dos pacientes pode ter sido enviesado pelo facto dos pacientes estarem satisfeitos com os bons resultados da cirurgia. Já foi descrito que, em cirurgias cujo risco de mortalidade é grande, os pacientes ficam felizes por estarem vivos e as suas expectativas sofrem ajustes¹⁶. Não foi possível controlar a análise para este factor, já que não se especificou no inquérito variáveis capazes de controlar as influências das preferências pessoais dos pacientes e das suas expectativas.

Em conclusão, apesar da forma como o consentimento informado está a ser prestado no Serviço de Cirurgia no CHP-HSA, não ser a actualmente recomendada, a maioria dos pacientes encontra-se satisfeito com a forma como foi decidido realizar a cirurgia, considera ter recebido informação suficiente e participado adequadamente na decisão de realizar a cirurgia. Contudo, os riscos associados à cirurgia e as outras opções de tratamento, frequentemente, não foram abordados. O achado de que a participação adequada na cirurgia e o à vontade para questionar o médico acerca de questões relacionadas com o procedimento cirúrgico influencia de forma independente pode contribuir para a melhoria da prestação do consentimento informado através da atribuição de maior relevância a estes aspectos durante a prestação do CI.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria realizável sem a valiosa e imprescindível ajuda de algumas pessoas que amavelmente a forneceram a sua colaboração e apoio nas diversas etapas da investigação, e a quem manifestamos um sincero agradecimento.

À Mestre Maria Eduarda Matos, pela qualidade da sua orientação científica, pela incansável disponibilidade e por todo o apoio prestado no âmbito da análise estatística dos dados.

Aos pacientes que se disponibilizaram a responder aos inquéritos, pela preciosa ajuda e tempo dispendidos.

Aos enfermeiros do Serviço de cirurgia pela ajuda prestada durante a recolha dos inquéritos.

REFERÊNCIAS

1. Woolf LCJ. Are the courts excessively deferential to the medical profession? *Med L Rev* 2001; **9**: 1–16.
2. General Medical Council. Seeking patient's consent: the ethical considerations. London: General Medical Council, 1998.
3. Stewart M. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; **152**: 1423–33.

4. Kaplan RM. Shared medical decision making: a new tool for preventive medicine. *Am J Prev Med* 2004;26:81–3.
5. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Westport, London: Auburn House; 1992.
6. Waitzkin H. Changing patient–physician relationships in the changing health-policy environment. In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, Kus̃ec et al. / Patient Education and Counseling 60 (2006) 294–300 299 editors. *Handbook of medical sociology*. 5th ed., New Jersey: Prentice Hall; 2000. p. 271–83.
7. Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med* 2004;140:54–9.
8. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations. London, GMC, 1998.
9. Brezis M, Israel S. Quality of informed consent for invasive procedures. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; 20;5:352–357
10. Stenchever MA. Too much informed consent? [editorial]. *Obstet Gynecol*.1991;77:631.
11. Schindele S, Renggli P, Hackenbruch W. Patient education before orthopedicelective interventions: “the Langenthal model of 3-step patient education” [in German]. *Swiss Surg*. 2001;7:151-157.
12. Lloyd AJ, Hayes PD, London NJM, Bell PRF, Naylor AR. Patients' ability to recall risk associated with treatment options [published correction appears in *Lancet*. 1999;353:2164] [letter]. *Lancet*. 1999;353:645.
13. Dawes PJ, Davison P. Informed consent: what do patients want to know? *J R Soc Med*. 1994;87:149-152.
14. Dawes PJ, O'Keefe L, Adcock S. Informed consent: the assessment of two structured interview approaches compared to the current approach. *J Laryngol Otol*. 1992;106:420-424.
15. Pimentel FL, Ferreira JS, Vila Real M, Mesquita NF, Maia-Goncalves JP. Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients. *Support Care Cancer*. 1999;7:407-412.
16. Howlader MH, Dhanji Al-R et al. Patients' views of the consent process for adult cardiac surgery: questionnaire survey. *Scand Cardiovasc J* 2004; 38:6,363-368
17. Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: Turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ* 2002; 324: 827–830.
18. Edwards A. Flexible rather than standardised approaches to communicating risks in health care. *Qual Saf Health Care* 2004;13:169–70.
19. Sawka CA, Goel V, Mahut CA, et al. Development of a patient decision aid for choice of surgical treatment for breast cancer. *Health Expect* 1998; 1: 23–36.
20. Bernstein SJ, Skarupski KA, Grayson CE, Starling MR, Bates ER, Eagle KA. A randomized controlled trial of information-giving to patients referred for coronary angiography: Effects on outcomes of care. *Health Expect* 1998; 1:50–61
21. Hoermann S, Doering S, Richter R, Walter MH, Schussler G. Patients' need for information before surgery [in German]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2001;51:56-61.
22. Kessler W, Faisst K, Kessler M, et al. Quality control in patient education: results of a patient survey about the patient education protocol of the Swiss Society of Surgery in 6 Swiss hospitals [in German]. *Swiss Surg*. 2000; 6:42-49.
23. Mulcahy D, Cunningham K, McCormack D, Cassidy N, Walsh M. Informed consent from whom? *J R Coll Surg Edinb*. 1997;42:161-164.
24. Ghulam AT; Kessler M et al Patients' Satisfaction With the Preoperative Informed Consent Procedure: A Multicenter Questionnaire Survey in Switzerland. *Mayo Clin Proc*. 2006;81(3):307-312
25. News: Dillner L. League tables criticised as misleading. *BMJ* 1994; 309: 9–10
26. Schneider E, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: Response of the US public. *Qual Health Care* 2001; 10: 96–103.
27. Mansell D, Poses RM, Kazis L et al. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Arch Intern Med* 2000;160:2991.
28. Fraenkel L, McGraw S. Participation in medical decision making: the patients' perspective. *Med Decis Making* 2007;27:533–8.
29. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 6th edn. New York: McGraw Hill, Medical Pub. Division, 2006.

Anexo:

Inquérito para Avaliação da Qualidade do Consentimento Informado no Serviço de Cirurgia Geral do CHP-HGSA**A preencher pelo inquiridor:**

Inquérito nº:

Data do preenchimento ____/____/2009

Tempo de pós-operatório _____

Sexo F M

1. Idade _____
2. Profissão _____
3. Escolaridade _____
4. A cirurgia foi feita de urgência ou foi programada?
☐ De urgência
☐ Programada
5. Lembra-se de ter assinado um consentimento informado?
☐ Sim
☐ Não
6. Depois de assinar o consentimento informado pode voltar atrás na decisão de fazer a cirurgia?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei
☐ “Não sabia que podia decidir se queria ou não realizar a cirurgia”
7. Antes da cirurgia, quem lhe deu a explicação dos vários aspectos a considerar para decidir se queria ou não fazer a cirurgia? (*Pode assinalar mais do que uma opção*)
☐ O cirurgião que operou
☐ Outro médico
☐ “Não me foi dada explicação nenhuma acerca da cirurgia por nenhum médico” (**avance para a pergunta 15**)
8. Quanto tempo antes de fazer a cirurgia recebeu essa explicação?
☐ Minutos
☐ Horas
☐ Dias
☐ Semanas
☐ Meses
9. Acha que o cirurgião/médico que explicou, demorou tempo suficiente para compreender todos os aspectos acerca da cirurgia?
☐ Sim
☐ Não

10. Acha que o tempo que lhe foi dado para reflectir entre a explicação acerca da cirurgia e a assinatura do consentimento informado foi:

☐	Muito Pouco
☐	Pouco
☐	Adequado
☐	Mais do que o adequado
☐	Demasiado

11. Acha que o cirurgião/médico que lhe deu a explicação acerca da cirurgia sabia transmitir claramente todas as informações que necessitava?

☐	Sim
☐	Não

12. Acha que a quantidade de informação que lhe foi dada acerca da cirurgia antes de assinar o consentimento informado foi:

☐	Insuficiente
☐	Pouca
☐	Suficiente
☐	Excessiva

12.1 Se insuficiente, pouca ou excessiva, de que forma?

13. Recebeu alguma explicação dos riscos da operação que fez?

☐	Sim
☐	Não

14. Queria mais explicações acerca dos riscos da operação que fez?

☐	Sim
☐	Não

15. Se tivesse de ser operado(a) novamente, gostaria de saber mais, menos ou o mesmo?

☐	Mais
☐	Menos
☐	O mesmo

16. Recebeu alguma explicação quanto a outras alternativas de tratamento para além da cirurgia?

☐	Sim (Responda à pergunta 17.1)
☐	Não
☐	“O cirurgião/médico disse-me que não havia outra opção de tratamento para além da cirurgia”

16.1. Recebeu alguma explicação quanto aos riscos e aos benefícios das outras alternativas?

☐	Sim
☐	Não

17. Conheceu o cirurgião que o(a) operou antes da cirurgia?

☐	Sim
☐	Não

18. Teve alguma complicação que não esperava ou que não lhe foi dita antes de fazer a cirurgia?

☐	Sim
☐	Não (avance para a pergunta 20)

18.1. Qual foi a complicação? _____

18.2. Sente que devia ter sido avisado(a) acerca dessa complicação?

- ☐ Sim
☐ Não

19. Gostava de ter sabido dos resultados (complicações/morbilidade) do seu cirurgião antes de concordar em fazer a operação?

- ☐ Sim
☐ Não

20. Escolha a opção que considera ideal:

- ☐ "Os médicos decidem o que é melhor para mim"
☐ "Os médicos incluem a minha opinião na decisão"
☐ "Eu obtenho as explicações e decido o que é melhor para mim"

21. Até que ponto sente que participou na decisão de fazer a cirurgia?

- ☐ Muito Pouco
☐ Pouco
☐ Adequadamente
☐ Demasiado

22. De onde obteve mais informação em relação à cirurgia que realizou?

- ☐ Cirurgião
☐ Enfermeiro
☐ Outro médico
☐ Outro (Quem? _____)
☐ Mass-media (televisão, revistas, jornais)

23. Até que ponto se sentiu à vontade para fazer perguntas ao cirurgião acerca de questões relacionadas com a operação que fez?

- ☐ Muito à vontade
☐ À vontade
☐ Um pouco à vontade
☐ Nada à vontade

24. Em termos globais, até que ponto ficou satisfeito(a) com a forma como foi decidido avançar para a cirurgia?

- ☐ Muito satisfeito(a)
☐ Satisfeito(a)
☐ Pouco satisfeito(a)
☐ Nada satisfeito(a)

25. Se tivesse de ser operado novamente, gostaria de fazê-lo neste hospital?

- ☐ Sim
☐ Não