

O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA E A CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES

“La libertad no es una filosofía, ni siquiera es una idea: es un movimiento de la consciencia que nos lleva en ciertos momentos a pronunciar dos monosílabos: si o no”

Octavio de la Paz

Potencialmente, qualquer indivíduo reunirá as condições para se posicionar de forma autónoma e independente face aos mais variados problemas, dentro da sociedade onde se insere. A instituição hospitalar que é expressiva da acção profissional constitui o espaço adequado para a análise sociológica da mudança dos valores (RIBEIRO; 2002). Para além de se considerar a prática individual do profissional do ponto de vista ético, há que estimular uma cultura bioética no organismo Hospitalar, com a intervenção de vários interlocutores, fator determinante para a criação de uma mudança paradigmática indispensável a uma verdadeira praxis ética.

Como afirma Chambliss *“ethical problems in healths care are inseparable from the organizational and social settings in which they arise... they are in fact often fundamental, if unintended products of that system”* (CHAMBLISS, 1996)

É nessa linha que surge a Carta dos Direitos e Deveres dos doentes, como corolário de uma declaração de princípios éticos e morais, mas igualmente de direitos exigíveis a terceiros, evocando-se segundo (COUDRAY; 2000), a possibilidade do cidadão em nome individual poder exigir a sua aplicação, contribuindo desse modo para a humanização dos serviços de saúde.

Na continuidade do que tem sido seguido nos outros países nos últimos trinta anos, o reconhecimento do doente como alguém vulnerável (em situação de doença), foi o substrato para a criação no nosso país da C.D.D., sendo que dela decorrem como resultado do princípio da autonomia, o direito de recusar ou dar o consentimento face a qualquer ato médico (artigo 8º), o direito à informação sobre a sua saúde (artigo 6º) e o direito à informação, sobre os serviços de saúde existentes e suas competências.

É contudo o próprio médico quem de facto se apresenta como parceiro social do doente, comprometendo-se publicamente a respeitar a liberdade e dignidade humanas, assim como os direitos dos doentes, criando com esta declaração o fundamento para a criação de um documento que legisla, sobre a sua colaboração com o ator principal, que é afinal o doente (OSSWALD; 1996).

Avaliando a **Carta dos Direitos dos Doentes** verificamos que a maioria dos direitos nela expressa, pretende reforçar este conceito de autonomia, onde está subjacente a ideia de que qualquer homem tem condições para ser um legislador universal.

Tais direitos procuram ir ao encontro da proteção da autonomia do doente de que são exemplo: o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana, o direito ao respeito pelas convicções religiosas e culturais, o direito a ser informado quanto aos serviços de saúde existentes e suas competências, o direito a obter uma segunda opinião, o direito de acesso ao seu processo clínico e a apresentar reclamações, o direito a ser informado ou o de o não ser quanto à sua situação clínica e o direito a dar ou recusar o consentimento para participar em ensaios clínicos bem como para a realização de qualquer acto médico.

Serão o direito à informação e o a dar ou recusar o consentimento que nos irão alongar o mais detalhadamente, dado estar na ordem do dia e posta à discussão pública a recente Norma 015/2013 de 3 de Outubro de 2013.(NORMA, 2013)

De acordo com Esper (ESPER; 2000), as informações a que o doente tem direito para a realização de qualquer ato médico ou sobre a sua situação clínica, consistem justamente num pressuposto para que o respeito da autonomia seja alcançado, embora constituam também um requisito para se cumprir o princípio da beneficência.

Ao informarmos devidamente um doente de modo a que este entenda claramente o porquê das atuações que lhe propomos, estaremos seguramente a contribuir para a sua aderência aos vários procedimentos necessários para o seu melhor bem.

Quando informamos um doente, o respeito pelo princípio da autonomia não se oporá ao princípio da beneficência, antes contribuirá para que esta seja uma realidade plena, ideia subjacente a vários estudos que defendem a mesma posição, (SANCHEZ e *al*;2001) sendo a participação na decisão muito influenciada pela informação adequada.

O dever de informar o doente pode ser legitimamente restringido ou limitado no caso em que ele assim o desejar, conforme previsto na **CDDE** e **CDHB** (Convenção sobre os Direitos do Homem e Biomedicina) facto expresso no nº2 do artigo 10º, onde se refere que a vontade da pessoa em não ser informada, deverá ser respeitada. (CDHB)

Devido à necessidade de salvaguardar a pessoa em situação de doença, a Associação Médica Mundial (Lisboa 1981), elaborou a “Declaração sobre os Direitos do Doente” (ou “Declaração de Lisboa”), com um conjunto de prerrogativas reconhecidas ao doente e que concorrem para preservar a sua dignidade de pessoa em situação de doença (PATRÃO NEVES & OSSWALD; 2008).

Os referidos direitos dos doentes estão inseridos no quadro legislativo da saúde, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90. de 24 de Agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968), divulgados quer pela Direcção-

Geral de Saúde, como pela Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde.

A Constituição da República Portuguesa consagra os direitos da pessoa à integridade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à liberdade, bem como o direito à proteção da saúde. Este direito à proteção da saúde, consagrado na Constituição da República Portuguesa, assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, que são os princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

Caberá também no âmbito do respeito pela autonomia o aceitar que alguns doentes preferiam confiar toda a decisão no médico, em vez de receberem as respectivas informações relacionadas com a sua situação clínica, dispensando voluntariamente grandes explicações. Para tais doentes o saber do médico numa clara atitude paternalista é o argumento suficiente para que mantenham a confiança, sendo essa a opção que tomam deliberadamente (HUBAUX; 1998).

Aos direitos do doente onde se inclui o já expresso direito a ser informado sobre a sua situação clínica, seguem-se: a informação consentida a que vulgarmente se chama consentimento informado como corolário desse direito e os deveres para consigo próprio e para com a comunidade, devendo estes ser complementares dos primeiros, pois para tornar completa a autonomia, para além dos referidos direitos existem igualmente deveres. Assim o doente terá o dever de zelar pelo seu estado de saúde procurando garantir o seu mais completo restabelecimento, participando na promoção da própria saúde e da comunidade onde se insere.

Terá igualmente o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento, sob pena de não poder apresentar reclamação sobre eventuais “erros” de diagnóstico ou terapêuticos. Prendendo-se com este ponto terá o doente o dever de colaborar com os profissionais de saúde respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites. Deverá naturalmente respeitar os direitos dos outros doentes e obedecer às regras de funcionamento dos serviços de saúde, de modo a utilizá-los de forma apropriada, devendo ainda colaborar na redução de gastos necessários. A sua autonomia terminará onde a dos outros estiver comprometida.

Segundo a **Lei 12/2005** no que confere à obtenção do consentimento informado para a realização de intervenções cirúrgicas (compensação de listas de espera cirúrgicas), segundo o disposto no respectivo regulamento, é reconhecido aos utentes o direito a beneficiar de um atendimento humanizado e profissional e de fornecer o seu consentimento por escrito para a proposta da intervenção cirúrgica, aceitando as normas e regulamento em vigor, onde se inclui o direito a ser informado sobre a sua situação clínica, sobre os procedimentos de inscrição, organização, gestão e fiscalização de inscritos para cirurgia.

Tais pressupostos ganham particular importância no combate às listas de espera cirúrgicas a nível hospitalar. No entanto em caso de não comparência no dia da cirurgia e nos episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto, o doente terá de invocar um motivo plausível como argumento para justificar uma atitude de omissão face à sua participação no processo de gestão de inscritos para a referida cirurgia. Do mesmo modo os utentes para efeito do disposto do referido Regulamento estão obrigados ao cumprimento dos deveres expressos no artigo 2º, que serão entre outros o de manter actualizado o seu registo na lista de inscritos para cirurgia, informando o serviço, da alteração de qualquer elemento que conste do seu processo, designadamente o contacto e de comparecer a todos os episódios associados ao procedimento.

Os doentes terão de apresentar justificação escrita sempre que se verificar alguma irregularidade profissional ou clínica que os impeça de comparecer, acompanhada da declaração da entidade patronal ou de atestado médico justificando as circunstâncias da ausência.

Dentro dos direitos e deveres dos doentes, como expressão da sua participação na actividade dos serviços de saúde, recordamos a importância do envolvimento do doente no processo de decisão sobre a estratégia de intervenção clínica, sendo um dos fatores de maior satisfação global do cidadão, conforme foi reconhecido na Conferência Anual da *European Health Management Association (EHMA- Berlim 2004)*.

Tais conclusões refletem a afirmação expressa por (SANTOS; 2000), que nos diz “*A participação consciente do doente no processo terapêutico é um dos seus direitos inalienáveis. Tem ainda demonstrado ser um dos fatores de sucesso da medicina e portanto constitui um facto adicional da sua incondicional utilização*”. Diversos são os estudos e modelos apresentados nessa Conferência em Berlim, capazes de dar resposta e suportar os desafios mais frequentemente enfrentados pela maioria dos Sistemas de Saúde Europeus, o que demonstra que os cidadãos pretendem ter mais poder e influência na organização e gestão dos referidos serviços de saúde (TEMPO MEDICINA; 2004). Através das organizações que os representam onde se incluem as associações dos doentes acredita-se que dessa ação resultará um maior respeito pelos direitos doentes mas também um maior cumprimento dos respetivos deveres, procurando reforçar o seu direito à autonomia onde se reforça a aliança entre a ação individual e o componente social.

Nos cuidados de saúde reconhece-se a todos os indivíduos o direito, de exprimirem a sua vontade livre, esclarecida e consciente quanto aos cuidados que lhe são prestados mas, também, o direito a que os profissionais de saúde, as instituições prestadoras de cuidados e a sociedade de forma geral, respeitem integralmente essa vontade.

Como é reconhecido ao doente a mesma dignidade que ao profissional de saúde, as relações que se estabelecem entre eles são simétricas e decorrem no mesmo plano das relações interpessoais em que pessoas de igual dignidade se encontram em circunstâncias diferentes,

cada uma assumindo um estatuto específico diferente e desempenhando um papel distinto, uma carecendo de auxílio e a outra dispondo de capacidade para auxiliar (PATRÃO-NEVES & OSSWALD;2008).

Em 2008, foi elaborado pela Comissão Nacional para a Saúde da Visão um documento de consulta (site) denominado Boas práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação, onde se explicitam as boas práticas em oftalmologia (CASTANHEIRA DINIS; 2008).

Este meio de divulgação e ensino é do nosso ponto de vista uma ótima fonte de informação, na qual tanto os profissionais de saúde como a população em geral, poderão ter acesso a um conjunto de informações, não só de prevenção, como de detalhes sobre sinais e sintomas da doença oftalmológica, contribuindo para o seu esclarecimento e permitindo uma medicina mais sustentável. Naturalmente que bem informado também entende mais amplamente os seus direitos e deveres, pois para decidir tanto o doente como o cidadão, necessita de ser capaz de compreender.

Por outro lado tanto o direito a ser informado, como a opção de recusar um tratamento, estão amplamente contemplados como direitos do cidadão, tanto na legislação comunitária como nacional (PROJECTO DE LEI Nº 414/XI/2ª), estando o consentimento informado consagrado no direito português, em todos os planos: constitucional, civil e deontológico e de modo semelhante na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, onde está expresso que o doente tem direito a dar ou a recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico.

Mais recentemente os princípios, valores, deveres e direitos consagrados na nova Carta dos Direitos e Deveres do Doente, deverão no futuro atender e considerar intervenções específicas e particulares de que são exemplo os deveres, ou direitos de populações específicas como crianças, grávidas, seropositivos, deficientes, ou idosos, isto é todos aqueles que mereçam uma preocupação e atendimento mais pormenorizado.

O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes, ao serem extensivos aos utilizadores do sistema de saúde, amplia a sua possível colaboração na melhoria dos cuidados e serviços pressupondo que se oiça o doente, nas suas considerações sobre os conteúdos dos cuidados de saúde, a qualidade dos serviços e o encaminhamento das queixas.

É claro que esta Carta se assume como um instrumento de colaboração e não de confronto, tendo como fim último reafirmar os direitos humanos fundamentais em prestação de cuidados de saúde e, especialmente proteger a dignidade e integridade da pessoa humana, bem como o seu direito à autodeterminação.

Promover a humanização no atendimento a todos os doentes, principalmente aos grupos vulneráveis; desenvolver um bom relacionamento entre os doentes e os profissionais de saúde e estimular a participação mais ativa por parte do doente é pois um dos seus objetivos.

Com a versão que agora se apresenta (nova carta) pretende-se levar à prática a promoção desses direitos e deveres e em paralelo, “recolher opiniões e sugestões para um gradual

ajustamento das disposições legais aos princípios que vierem a ser considerados necessários para garantir o cumprimento responsável e cívico destes direitos e deveres” (PLANO DE SAÚDE 2012-2016).

A humanização dos cuidados de saúde será o objetivo a alcançar e terá a participação ativa dos profissionais de saúde e dos doentes, conscientes dos seus direitos e deveres, beneficiando a comunidade, do inerente respeito pela dignidade humana.

Bibliografia

1. CASTANHEIRA DINIS. A. (2008) (Coord. Cient.) Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, CD-ROM. ISBN: 978-972-675-189-2 <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/index.html> acesso 13 de junho de 2013.
2. CARTA DOIS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES <http://www.dgsaude.pt/carta.html>
3. CDHB - Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina. C. Oviedo 1997, Cap. II art. 5º, 4
4. CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA - Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina
5. CHAMBLISS, D(1996) Beyond caring: hospitals, nurses and the social organization of ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1996.
6. COUDRAY, Marie-Ange (2000). Éthique et Droits des Usagers. Soins Cadres Paris. ISSN 1163-4723, nº33 Janvier-Mars, 4-7
7. EUROPEAN HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION, (2004). Proceedings (Berlin July 2004).
8. ESPER, Claudine (2000). L'information Médicale du malade à l'hôpital public. Gestions Hospitalières, Paris ISSN 00169-218, N 394 (Mars), 224-229..
9. HUBAUX, Jean-Marie (1998). Les droits et obligations du patient, Louvain-la Neuve, Bruylant Académie ISBN 2 –8027.0797-3.
10. NORMA nº 015/2013 de 03/10//2013. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Acesso em 20 de Outubro de 2013 www.dgs.pt/.../normas...normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pd
11. OSSWALD, Walter (1996). Direitos do doente. In: ARCHER, Luís, BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Walter – Bioética, Editorial Verbo, Lisboa, ISBN 972-22-1719-4.
12. PATRÃO-NEVES, M. C. OSSWALD, W. (2008) – Bioética Simples. Lisboa: Editorial Verbo.
13. PLANO DE SAÚDE 2012-2016). PLANO DE SAÚDE 2012-2016. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes - Direcção-Geral da Saúde www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
14. PROJECTO DE LEI Nº 414/XI/2ª), www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1334242321carta.pdf
15. RIBEIRO, Ana Clara (2002). A ética nas profissões. Ética, Ciência e Saúde. Desafios da Bioética, Editora Vozes, Petrópolis, 62-69.
16. SANCHEZ, S. et al (2001). Informed consent procedures. Responsibilities of researchers in developing countries. Bioethics. Oxford ISSN: 0269-9702. Vol. 15, Nº5-6 OCT, 398-412.
17. SANTOS, Alexandre L, (2000). Autonomia e Paternalismo na relação médico/doente. Ação Médica. Porto ISSN 0870-0311. Ano 64, nº 4 (Outubro-Dezembro, 2000), 49-55.

18. TEMPO MEDICINA, (2004) 12 de Julho de 2004,25