

AUTONOMIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

JOÃO LUÍS PERESTRELO VIEIRA

Enfermeiro-chefe no Hospital Fimadora Sintra

INTRODUÇÃO

O trabalho que apresentamos procura reflectir sobre a dimensão ética da aplicabilidade do princípio da autonomia na prestação de cuidados de saúde.

Enquanto profissionais de uma unidade de saúde, não poderemos esquecer os direitos dos doentes e os códigos deontológicos que devem pautar o exercício dos vários grupos profissionais.

Na medicina tradicional os profissionais eram vistos como conselheiros, pelo que a obtenção do consentimento para os diversos actos de prestação de cuidados era considerada desnecessária. Esta noção paternalista deu lugar ao princípio da autonomia que se formula afirmando que uma pessoa deve ser livre para tomar decisões e actuar sem constrangimentos impostos por outrem. É deste princípio que deriva direc-

tamente o direito do doente à informação da sua situação clínica, assim como ao consentimento esclarecido.

Palavras-chave
Ética; Autonomia; Saúde; Enfermagem

AUTONOMY AND HEALTHCARE PRACTICE

SUMMARY

This article considers and reflects upon the ethical dimension and applicability of the principle of autonomy to the healthcare practice.

As healthcare professionals, patients' rights and deontology must be at the forefront of everyday practice.

Traditionally, healthcare professionals were regarded as counselors, making patients' consent unnecessary. Nowadays, and stem-

ming from the autonomy principle, patients are free to decide what their best interests are, without any constraints from other parties.

The principle of autonomy expresses the respect for the human being and his or her autonomous actions, which in turn implies understanding, lack of influence and freedom of choice.

To be free and informed, the patient's consent must be: 1) voluntary and free from manipulation and coercion; 2) based on understandable and correct information; and 3) expressed by a competent and capable subject. Hence, five analytical components must be observed: competence; disclosure; understanding; voluntariness and consent.

In practice, this implies an active participation of each patient in the choosing of different therapeutic options and the evaluation of their results.

On the other hand, the patient

must be informed truthfully and respectfully, only then being fit to exercise his or her good judgment and consent for healthcare procedures. Informed consent is not a form the patient, or the legal representative, signs, as is frequently the case.

Healthcare professionals, namely physicians and nurses, must undertake patients' care without undermining their dignity, their will and their determination as human beings.

Therefore, it is imperative that physicians, nurses and other health professionals find in continuing education the answers and the sensibility to deal with ethical and moral issues presented to them daily, when confronted both with the greatness and the fragility of the human being.

Keywords

Ethics; Autonomy; Healthcare; Nursing

AUTONOMIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS



As inovações tecnológicas das últimas décadas no campo das ciências médicas e biológicas trazem em si enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza, obrigando a profunda reflexão bioética sobre as consequências para as pessoas doentes e a sociedade em geral.

A bioética apresenta-se assim como uma importante área a ser estudada, a fim de clarificar ou justificar determinadas práticas e posições assumidas no âmbito da prestação de cuidados de saúde à pessoa vulnerável.

Cada procedimento e atitude do plano de cuidados envolve princípios e valores diversos, podendo resultar em dilemas éticos para os profissionais de saúde.

Para evitarmos atropelos aos direitos dos doentes e aos códigos

deontológicos dos grupos profissionais, torna-se urgente avaliar e reflectir a prática, dando enfoque à pessoa doente, na leal busca da harmonização ou convergência possível entre os profissionais de saúde e os legítimos direitos das pessoas que cuidamos.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem tem servido, desde a sua proclamação em 1948, como fundamento da ética nas sociedades plurais e secularizadas e como fonte de inspiração do debate público. Esta importante declaração e os direitos que lhe estão associados, mais não fez do que reconhecer a dignidade da pessoa humana como marco axiológico fundamental.

Por outro lado, a Declaração de Helsínquia (1964) tornou-se um referencial universal, ético e de honra para os profissionais de saúde, tanto na prestação de cuidados como na investigação, ou seja, como refere Domingues (2004) "a ciência, a arte, a ética e a estética de bem cuidar dos enfermos".

Beauchamp e Childress (1994/2002) propõem-nos como princípios éticos a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Estes princípios seriam, em sua opinião, o pilar estrutural da ética nos cuidados de saúde. Detemo-nos na análise e reflexão do princípio da autonomia por considerarmos este princípio fundamental para orientar as nossas acções na área da prestação de cuidados de saúde.

Etimologicamente, o termo autonomia deriva do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei). Foi, primeiramente, utilizado

com referência à autogestão ou ao autogoverno dos povos e estados e veio, posteriormente, a estender-se aos indivíduos e adquiriu sentidos muito diversos, tais como autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo.

Segundo Cabral (1996), o princípio da autonomia, também chamado princípio da liberdade, prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autônomas ou livres.

Este princípio decorre naturalmente da doutrina da dignidade da pessoa humana e dos direitos humanos fundamentais. Como refere Antunes (1998) o princípio da autonomia:

É no fundo, o exercício da liberdade da pessoa enquanto agente social. As decisões individuais porque são autônomas, tornam-se num bem essencial, desde que não venham ferir o valor da dignidade humana e a sua expressão básica - a vida e o respeito que lhe é devido.

Em termos práticos, a aplicação deste princípio nas atitudes cuidativas obriga a que os agentes prestadores passem a ter em conta a vontade dos doentes e o direito a serem envolvidos nas decisões clínicas e a serem tidos em conta os seus valores, as suas crenças e escolhas pessoais.

Kant (citado em Beauchamp e Childress, 1994/2002) refere que: *O respeito à autonomia origina-se do reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional*

e de que todas têm capacidade para determinar o próprio. Violar a autonomia de uma pessoa é tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objectivos de outros, sem levar em conta os objectivos da própria pessoa.

Kant (citado em Beauchamp e Childress, 1994/2002) impõe um imperativo moral que obriga que todas as pessoas sejam respetosamente tratadas como fins em vez de meramente como meios.

Vimos, assim, a importância da pessoa na ética de Kant, o que nos conduz na busca do conceito de pessoa para melhor clarificarmos a nossa reflexão.

Domingues (2004) define da seguinte forma pessoa:

Cada pessoa é simultaneamente uma entidade metafísica, uma hipótese ou essência objectiva que se concretiza num sujeito ou personalidade concreta psicossomática, situada no tempo e num espaço aculturado que a torna única, exclusiva, irrepetível enquanto tem uma estrutura de autonomia, liberdade e consequentemente responsabilidade nas decisões para viver com sentido de modo criativo e coerente.

Ainda segundo o mesmo autor:

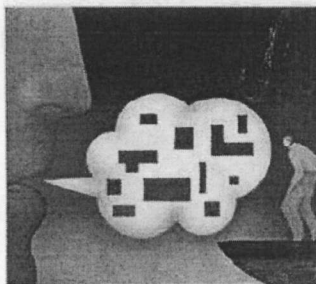
A pessoa é um ser humano único, racional, ético, estético, espiritual, psicossomático, emocional, capaz de se desenvolver e encontrar alternativas, é transcendente e espiritual, capaz de descobrir o porquê, o para quê e o como da vida, ou seja, o sentido, a ordem dos valores e da religião, filosofia e sabedoria.

O princípio da autonomia preconiza o respeito pela pessoa e pelo agir

autônomo, que implica intencionalmente compreensão, ausência de influências e a livre decisão.

Esta nova modalidade de agir contrapõe-se ao paternalismo, onde a decisão sobre a conduta não deriva da livre escolha dos doentes ou seus responsáveis, mas sim dos profissionais. A evolução das relações entre doentes e profissionais de saúde é uma conquista relativamente recente e a aceitação de que o doente tem o direito legal e ético de decidir o que considera melhor para si, incluindo consentir ou recusar um tratamento que lhe é proposto, à luz dos seus valores, crenças e interesses pessoais, sustenta-se no consentimento informado.

CONSENTIMENTO INFORMADO



O consentimento é um dos aspectos básicos da relação entre os profissionais de saúde e os seus doentes, salvaguardando o respeito pela autonomia da pessoa, pela sua autodeterminação e a promoção do seu bem, no exercício da liberdade responsável.

A Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina do Conselho da Europa (1996), refere-se ao consentimento afirmando que, para ser válido, deve considerar as melhores alternativas de acordo

com os interesses do doente e seguindo as legis artis, ou regras de boa conduta clínica.

Antunes (1998) refere que a expressão consentimento informado terá surgido pela primeira vez 1931 na legislação alemã que regulamentava a experimentação humana, mas foi apenas em 1948, durante os Julgamentos de Nuremberga, que esta doutrina entrou na discussão pública.

Hoje, praticamente todos os códigos deontológicos ligados à área da saúde e da pesquisa e todas as regras éticas institucionais mantêm que os profissionais e os pesquisadores devem obter o consentimento informado dos doentes antes de qualquer actuação.

Neste novo modelo de relação entre profissional de saúde e doente, a decisão terapêutica deixa de ser da exclusiva responsabilidade do profissional de saúde, para ser partilhada com o doente.

O consentimento informado deve envolver trocas de informação que ocorrem entre doentes e profissionais de saúde, deve ser mais do que uma simples acção de autorizar ou assinar um documento que possibilita uma intervenção.

De acordo com Beauchamp e Childress (1994/2002), o consentimento informado é dado especialmente com o tempo e pode ser retirado com o tempo. É essencial que se compreenda o consentimento informado como um processo que ocorre com o tempo e que se evite a visão comum de que um formulário de consentimento assinado é a essência do consentimento informado.

Frequentemente, esta prática re-

ditora é realizada com a intenção única de conseguir o consentimento. É com frequência que se assiste à entrega dos formulários (mais conhecidos por Termos de Responsabilidade) para os doentes assinarem sem qualquer informação ou esclarecimento.

A simples assinatura do doente ou do seu representante legítimo carece de suporte eticamente válido, embora possa ser responsabilizante no plano formal.

Um consentimento informado, segundo Beauchamp e Childress (1994/2002) "é uma autorização autónoma dada por indivíduos para a intervenção médica ou um envolvimento numa pesquisa". Segundo esta definição, uma pessoa deve fazer mais que expressar concordância ou anuência com uma proposta; ela deve autorizar através de acto de consentimento informado, submetido a condições:

1. o consentimento deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação ou coacção externa;
 2. deve ser baseado em informação correcta que o doente compreenda; e
 3. o consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo.
- Segundo Beauchamp e Childress (1994/2002), os componentes analíticos do consentimento informado são os seguintes:
1. competência;
 2. comunicação;
 3. compreensão;
 4. voluntariedade; e
 5. consentimento.

Estes cinco elementos representam a matéria prima de construção para que um consen-

timento seja considerado válido. Um doente dá o seu consentimento informado para um acto clínico se for capaz de agir, perceber e compreender a informação, agir voluntariamente e consentir esse acto ou procedimento.

De acordo com os mesmos autores, os cinco elementos referidos poderão ser divididos em três componentes fundamentais.

I - Elementos iniciais (precondições):

- 1 - competência (para compreender e agir);
- 2 - voluntariedade (em decidir).

II - Elementos de informação:

- 3 - comunicação da informação;
- 4 - recomendação de um plano;
- 5 - compreensão.

III - Elementos do consentimento:

- 6 - decisão (em favor de um plano);
- 7 - autorização (do plano escolhido).

Feita esta sistematização dos pilares fundamentais do consentimento informado, faremos uma análise mais criteriosa de cada um deles.

A - Competência

A competência pode ser definida como a faculdade que uma pessoa tem para resolver um assunto ou para efectuar uma tarefa.

O termo competência, no nosso entender, varia de contexto para contexto. A competência para decidir está relacionada com a decisão a ser tomada.

Nos cuidados de saúde, o consentimento informado deve ser um acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo.

No entanto, a competência, no sentido de capacidade para tomar

decisões, poderá variar com a decisão a ser tomada implicando, muitas vezes, a necessidade de determinação do nível de competência dos doentes para consentir ou recusar tratamento, com o objectivo de os proteger de eventuais decisões que possam tomar e que não sejam no seu melhor interesse.

O julgamento sobre a competência de uma pessoa permitirá distinguir entre a pessoa cuja decisão deverá ser respeitada e, uma outra, que deverá ser substituída na decisão por representante legal.

Na prestação de cuidados de saúde, é imperioso determinar a competência no sentido de tentar proteger os doentes contra decisões que possam tomar e que prejudiquem a sua saúde.

B - Comunicação

A comunicação ou informação a prestar ao doente é um elemento básico do consentimento informado.

Se a informação não for transmitida de maneira adequada, muitos doentes não terão uma base satisfatória para tomar as suas decisões.

No processo de comunicação, os profissionais devem ter em conta os problemas relacionados com a linguagem utilizada e a língua falada pelo doente, que pode não ser compreendida pelo profissional e vice-versa. Este é o caso dos estrangeiros mas, também, das pessoas com deficiência auditiva, que utilizam como forma de comunicação a língua gestual.

Os profissionais devem estar sensibilizados e conhecer os procedimentos de actuação do serviço

para ultrapassarem as barreiras à comunicação referidas.

Entende-se por informação adequada a utilização de uma linguagem acessível ao doente a quem prestamos informação. Os profissionais de saúde devem estar particularmente vocacionados para a arte de comunicar, ultrapassando os obstáculos linguísticos e pessoais com que muitas vezes se deparam.

O local onde prestamos a informação também é importante, deve ser num ambiente próprio, de segurança e tranquilidade, para que exista uma relação de confiança, de partilha da informação para uma decisão fundamentada e segura, consentindo ou não na intervenção terapêutica proposta. Assiste-se com frequência a informação prestada de forma apressada, mensagens telegráficas e sem terem em conta a pessoa doente que temos à nossa frente, que fica mais assustada com a informação recebida do que esclarecida e informada. É na fase de comunicação que nos devemos interrogar acerca do que comunicar. Há que ter em conta a veracidade como um requisito indispensável e inerente ao respeito pela pessoa, a sua dignidade, que alguns autores consideram sinónimo de autonomia, como nos refere Filipe (2004).

Segundo o mesmo autor, a verdade também pode ser tida como a lealdade nos deveres para com o próximo, quanto mais se verificar mais se consolida a comunicação, se bem que se deve usar sempre de prudência na determinação do que é que deve ser dito. A primeira questão que se coloca

é de saber se se deve dizer ao doente toda a verdade.

Filipe (2004) refere que o princípio a seguir é o de que o doente tem direito a toda a verdade. Não obstante, este princípio conhece algumas excepções decorrentes, sobretudo, da estrutura psicológica do doente ou da sua estabilidade emocional.

Os profissionais devem ter sempre presente que a verdade pertence ao doente e que, para além de lhes revelar a verdade, é necessário ajudá-lo a descobri-la pouco a pouco, evitando a forma abrupta que pode ser prejudicial.

Filipe (2004) refere-nos alguns requisitos que os profissionais devem ter em conta no processo de comunicação ao doente:

1. *explicação das condições clínicas que envolvem os procedimentos ou actos médicos ou cirúrgicos;*
2. *a necessidade do tratamento ou procedimento proposto;*
3. *os riscos e os benefícios envolvidos;*
4. *os procedimentos alternativos adequados para a situação, benefícios e efeitos secundários;*
5. *as consequências para o doente em não aceitar ou recusar a proposta médica; e*
6. *o direito do doente em não consentir ou, uma vez dado o consentimento, em retirar a sua decisão.*

C - Compreensão

A compreensão da informação que foi prestada ao doente é que vai permitir efectivamente aceitar ou recusar o plano terapêutico proposto.

Os profissionais tudo devem fazer para facilitar a tomada de decisões num entendimento substan-

cial. Fazer perguntas, tentar descobrir as preocupações e os interesses do doente e estabelecer uma atmosfera que encoraje as questões muitas vezes favorece mais o entendimento do que as informações reveladas.

Há muitas condições que limitam a sua compreensão, as condições emocionais, a dor, a doença, a irracionalidade e a maturidade.

É importante que a compreensão da informação seja validada pelo profissional que a fornece, esclarecendo dúvidas, muitas vezes solicitando a reformulação do conteúdo da informação.

D - Voluntariedade

A expressão da vontade individual prende-se com o conceito de liberdade da decisão, isto é, que a pessoa estará livre de qualquer manipulação ou coacção externa. Este tipo de influência deve ser considerado como violador do direito à autodeterminação individual porque a pessoa não age segundo a sua vontade mas influenciada por factores que lhe são estranhos.

Beauchamp e Childress (1994/2002) referem três categorias de influência:

1. *a coerção;*
2. *a persuasão;* e
3. *a manipulação.*

A coerção, segundo os mesmos autores, ocorre apenas quando uma pessoa usa, intencionalmente, uma séria ameaça de provocar dano ou usar força para controlar outra pessoa. Na persuasão, uma pessoa deve ser convencida a acreditar em algo pelo mérito das razões expostas por uma outra pessoa. A manipulação "é uma denominação

geral para várias formas de influências que não são nem persuasivas nem coercivas".

Com o objectivo de decisão na área da saúde, a principal forma de influência é a manipulação de informação, um acto deliberado de prestar informação de forma a alterar de maneira não persuasiva, o entendimento que uma pessoa tem de uma situação e, desse modo, motivando-a a fazer aquilo que o agente da influência pretende.

Reconhecidamente existe uma linha muito ténue entre a persuasão, legítima e desejável, e a utilização de qualquer tipo de ameaça ainda que à luz do princípio da beneficência.

E - Consentimento

Antunes (1998) refere que no exercício da medicina clínica, a obtenção do consentimento não é obrigatória, só quando a intervenção incorrer num risco superior ao mínimo é que o consentimento é exigível. Entende-se por risco mínimo o de uma intervenção de rotina.

A mesma autora refere-nos que o consentimento está verdadeiramente subjacente à prática clíni-

ca, sendo designado, correntemente, por consentimento implícito, e também refere que no plano ético não existe qualquer distinção entre o consentimento oral e o escrito. A obtenção do consentimento nem sempre é possível na nossa actividade diária, quer devido à situação clínica dos próprios doentes, quer devido à ausência de familiares. A este propósito, o Código Penal (Art.39º) refere que:

1. ao consentimento implícito é equiparado o consentimento presumido;

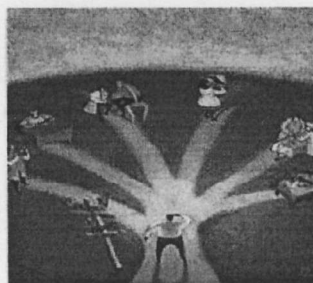
2. há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente proferido teria eficazmente consentido no acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.

Antunes (1998) refere-nos que:

A situação de urgência surge como o grande paradigma do consentimento presumido, dado não haver hipótese de obter o consentimento pelo facto do doente encontrar-se incompetente. Logo, o profissional deve agir tendo em conta o princípio da beneficência.

Aos profissionais de saúde pede-se que considerem e reconheçam a importância dos doentes terem conhecimento dos seus direitos e deveres, bem como o respeito que lhe devemos, derivado das exigências do princípio da autonomia, bem como pelo dever de respeito e de obtenção do consentimento informado.

CONCLUSÃO



O respeito pela autonomia do doente consciente, livre e na posse das suas faculdades psíquicas, é um direito universal de qualquer doente.

Em termos práticos, implica uma verdadeira participação do doente na escolha entre as várias opções terapêuticas e na avaliação dos resultados obtidos.

Por outro lado, o doente tem que

ser informado com verdade e respeito, só assim poderá dar o seu consentimento para as intervenções de saúde necessárias.

O consentimento informado não se esgota num simples formulário de termo de responsabilidade que o doente, ou o seu representante legal, assina sem qualquer informação, como se constata frequentemente.

No nosso entender, o consentimento traduz o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa doente, porque o doente pode perder a autonomia para se deslocar, devido a uma fractura de uma perna, ou devido a uma dor severa, mas não perde a autonomia para decidir sobre a sua pessoa.

Os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, devem assumir o processo cuidadoso dos doentes, respeitando a dignidade da pessoa, a sua vontade e as suas decisões.

É urgente que médicos, enfermeiros e outros técnicos encontrem na formação as respostas, e a sensibilidade para lidarem com as questões éticas e morais gritantes com que diariamente nos confrontamos, por lidarmos com a grandeza e a fragilidade da pessoa.

referências bibliográficas

ABBAGNANO, N. (2003). Dicionário de Filosofia (4ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original em italiano publicado em 1971.)

ANTUNES, A. (1998). Consentimento Informado. Em D. Serrão & R. Nunes (Eds.), Ética em Cuidados de Saúde (pp. 13-28). Porto: Porto Editora.

AZEVEDO, M. (2004). Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares (4ª Ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

BEAUCHAMP, T.L., & CHILDRESS, J.F. (2002). Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola. (Trabalho original em inglês publicado em 1994.)

CABRAL, R. (1996). Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça. Em L. Archer, J. Bicaia, & W. Osswald (Eds.), Bioética (pp. 53-58). Lisboa: Editorial Verbo.

DOMINGUES, B., Fr. (2004). A Pessoa e a Vida Saudável a Promover. Em M. Neves & S. Pacheco (Eds.), Para

uma Ética de Enfermagem (pp. 187-202). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

FILIFE, F. (2004). Autonomia e Respeito. Em M. Neves & S. Pacheco (Eds.), Para uma Ética de Enfermagem (pp. 237-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra.