

Data enia

REVISTA JURÍDICA DIGITAL

11 2020



Publicação científico-jurídica
em formato digital
ISSN 2182-8242

Periodicidade anual
N.º 11 — Ano 2020

Propriedade e Edição:
© DataVenia
Marca Registada n.º 486523 – INPI

Internet: www.datavenia.pt
Contacto: correio@datavenia.pt

A Data Venia é uma revista científico-jurídica em formato digital, tendo por objeto a publicação de doutrina, artigos, estudos, ensaios, teses, pareceres, crítica legislativa e jurisprudencial, apoiando igualmente os trabalhos de *legal research* e de *legal writing*, visando o aprofundamento do conhecimento técnico, a livre e fundamentada discussão de temas inéditos, a partilha de experiências, reflexões e/ou investigação.

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos respetivos autores e não traduzem necessariamente a opinião dos demais autores da *Data Venia* nem da sua administração.

A citação, transcrição ou reprodução dos conteúdos desta revista estão sujeitas ao Código de Direito de Autor e Direitos Conexos.

É proibida a reprodução ou compilação de conteúdos para fins comerciais ou publicitários, sem a expressa e prévia autorização da Administração da Data Venia e dos respetivos Autores.

A queda da folha

Um caso de consentimento informado

Anabela Luna de Carvalho

Juíza Desembargadora

SINOPSE:

O Consentimento informado, esclarecido e livre, é uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido o consentimento.

Com a apresentação deste caso pretendemos realçar a importância da manifestação única e última da pessoa que se encontra numa situação limite das suas capacidades físicas e mentais, mas que está consciente das suas limitações para suportar tal estado. Se as intervenções cirúrgicas se centram no "corpo físico", estas devem ter em conta igualmente a globalidade e a dignidade da pessoa humana, ao ouvi-la sobre o que pretende que seja feito para aliviar o seu sofrimento. Nos extremos estão o "encarniçamento terapêutico" e a expressão de que a pessoa é a "dona" do seu corpo e que por isso deve ter ao seu serviço uma medicina que não olhe a meios.

A Bioética enquanto disciplina científica coloca a pessoa na sua globalidade no centro das decisões a tomar pelos diferentes técnicos, para aliviarem o seu sofrimento. O termo "ética" deriva do étimo grego "ethos", que designa habitat. A ética é então o lugar do ser nas suas múltiplas expressões, afirmando-se quando é livre e consciente da realidade que o envolve, e é neste contexto que podemos encarar uma medicina humanista.

“Exmº Senhor Professor Doutor...

Quis a natureza impor a sua invencibilidade e fazer cair a folha quando todos a queríamos presa por mais algum tempo...

Reconhecemos o seu empenho, grande sabedoria e humanidade para que tal não acontecesse, mas, não tendo sido possível, consola-nos o facto de o Senhor Professor ter permitido que essa folha ao cair, tivesse uma queda suave, aconchegada a um bem-estar e a um conforto pela ausência de dor que a sua intervenção lhe proporcionou.

Estamos-lhe por isso inteiramente gratos.

Os nossos cumprimentos.

Os filhos...

(17.10.2011)»

Esta é uma história que se conta pelo fim.

Encerra um diálogo iniciado com um encontro entre médico-doente-familiares e expressa um processo de aceitação de um desfecho doloroso.

A mensagem demonstra compreensão. A compreensão pressupõe esclarecimento. Esclarecimento e compreensão foram partes inseparáveis dum diálogo desenvolvido na relação médico-doente-familiares, numa conjugação de sentidos e de retornos com expressão ética em todos os momentos.

Tendo permitido o processo mental de apaziguamento, de conformação e aceitação duma “queda” que se pretendia retardar.

Revela também uma profunda generosidade e respeito pelos limites científicos que estiveram na base duma intervenção médica singular, um misto de técnica e de arte que permitiu retirar o sofrimento físico a uma doente idosa, num período de tempo, consabidamente curto, duma vida que se aproximava do fim.

A não culpabilização, a libertação duma responsabilidade moral, pelo facto do terapeuta ter tornado mais humana e digna, não uma vida, mas uma morte.

Branca... morrera dignamente, em paz, sem dores, o que a sua história clínica mais recente fizera crer, ser de todo inatingível.

O caso clínico de *Branca*.

Branca contava 87 anos de idade, havia sofrido dois AVC's e padecia de grave insuficiência cardíaca.

Devido à falta de circulação sanguínea em algumas artérias da sua perna direita desenvolveu umas necroses nos dedos do pé direito. Padecia de fortes dores e os remédios mostravam-se ineficazes para a aliviar. O coração contraía a 30%. Os especialistas recusavam-se a operá-la pelos riscos associados a tal fragilidade.

Até que os filhos ouviram falar dum Professor, pioneiro em Portugal dum particular tipo de cirurgia, tipo *by-passe*, que consultaram.

«Os últimos dias foram um roteiro quase diário para o Hospital para exames e consultas.

A minha mãe especialmente à noite tem dores lancinantes no pé afetado.

Daqui a pouco meu irmão reveza-me, a ver se eu durmo. Não sofre só quem tem dores, mas quem está ao pé, estou sempre vigilante, de porta aberta, a ir ter com ela sem saber como aliviar. Uma vez pede-me uma almofadinha gelada, outras, pede-me uma almofadinha de água morna, é um desatino. Começou hoje com morfina.

2º feira teremos o veredito, provavelmente não se pode fazer nada».

Feito um exame exaustivo à condição cardíaca de *Branca* o dilema confirmou-se.

Ou se deixava a doente entregue à agonia da sua dor até ao completo desfalecimento, ou se amputava esse membro cujas necroses se desenvolviam pela falta de irrigação sanguínea, com risco de novas e intermináveis afeções. Ou

se tentava restabelecer essa circulação. O que só seria possível com a introdução duma artéria artificial a unir outras duas. A sua situação cardíaca criava uma sombra...

Foi respeitada a autonomia da doente. *Branca* esteve sempre lúcida. Mas a seu pedido, os filhos, pela afetividade e responsabilidade que a todos unia foram os importantes parceiros nesta decisão¹. A sua frágil condição, o seu estado sofredor e desesperado face à insuportabilidade da dor, aconselhava que a informação a si diretamente prestada fosse intermediada.

A relação médica estabelecida não se limitou por isso a uma relação médico/doente mas sim a uma relação médico/doente/familiares.

Essa participação implicou escolhas éticas difíceis quer da parte do clínico, quer da parte dos familiares.

A insuficiência cardíaca de *Branca* era incurável. Por isso o médico sabia que a intervenção que se propunha era sintomática, não curativa. Mais paliativa do que regenerativa. E necessariamente invasiva, por mínimo que fosse.

Era necessário decidir em curto espaço de tempo, tendo em conta as circunstâncias, o sofrimento e as consequências previsíveis. Que opções se deviam tomar?

O médico discutiu com os filhos os atos de diagnóstico, a intervenção possível e os riscos inerentes. Uma linguagem simples, uma comunicação aberta.

Os familiares foram informados de todas as alternativas de diagnóstico e de terapia. Foram informados de todas as possibilidades e dos riscos inerentes. Não era possível curar, mas havia que tentar aliviar. Ouviram *Branca* e deram o seu consentimento.

¹ Um direito reconhecido na atual Lei n.º 31/2018 de 18 de julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida:

“Artigo 10.º - *Decisões terapêuticas*

1 - *Caso as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida nisso consentam, podem ser assistidas pelos seus familiares ou cuidadores na tomada das decisões sobre o seu processo terapêutico”.*

«A minha mãe vai dar entrada amanhã no Hospital, mas a cirurgia só vai ocorrer na 4ª feira. O Professor quer-nos aos dois filhos numa conferência com a anestesista.

A anestesia geral está fora de questão. A intrusão tem que ser feita pelo mínimo, terão de lhe dar anestesia local e sedá-la, se bem percebi. O risco é muito grande, mas não há alternativa. Se fosse para tirar o pé a intrusão seria muito maior...

Desculpa estar sempre a falar nisto, mas estou a viver um pesadelo. Neste momento só ouço "ais", não tenho como lhe tirar a dor, nada funciona».

Os familiares sentiram a consciência bem formada do médico, o respeito pela doente, o querer-lhe bem, o médico não apenas defensor da vida, mas também da dignidade... no aproximar dum termo de vida.

E este era um caso de dignidade, procurar o maior bem da doente seria, no caso, tirar-lhe a dor.

O médico informou os familiares e pediu a sua autorização. O médico não omitiu a incerteza e a gravidade do caso. Se por um lado estavam informados da técnica preferível, estavam igualmente informados dos riscos de vida. O peso da responsabilidade da decisão não recaía sobre uma só pessoa.

«Antes de escrever este mail estava a pensar que há duas dimensões ou dois momentos na vida que nos elevam a nossa humanidade ao extremo e nos tornam tão profundamente sensíveis na alegria e na dor, caso do nascimento dos nossos filhos e, no lado oposto, a eminência do fim dos nossos ente-queridos.

A minha mãe vai ser operada na 4ª feira num cenário de grande risco de vida...

Espero que vença.

Bjs»

Nenhum dos familiares se dera conta de que se encontravam a vivenciar uma relação bioética, partilhando e sancionando uma ética médica.

Foram respeitados os desejos da doente, a sua autonomia moral, quer na relação direta com esta, quer na relação com os seus familiares mais próximos.

Uma expressão de beneficência e de respeito integrados no princípio da autonomia.

O contrato (tácito) representado pela relação médico-doente concebido como uma verdadeira aliança entre pessoas. A qualidade dessa relação dependendo de uma atmosfera pessoal de respeito, de veracidade e de fidelidade, imprescindíveis à instauração de um clima de confiança mútua.

Só uma informação completa, abrangente permite transferir a responsabilidade do ato médico para o paciente ou familiares que assinam o termo de responsabilidade associado ao “consentimento informado”.

Um conceito que tem as suas origens no Código de Nuremberga do ano de 1946² centrado à época em condenar a experimentação e os ensaios clínicos de seres humanos sem conhecimento ou assentimento destes, cujo artigo primeiro assim expressa:

«O consentimento voluntário do ser humano é essencial. Isto significa que a pessoa deve ter capacidade legal para dar o consentimento; deve estar em condições que lhe permitam o livre exercício do poder de escolha, sem a intervenção de nenhum elemento de pressão, fraude, engano, coação ou compulsão; deve ter o conhecimento e a compreensão suficientes dos elementos em jogo na investigação, que lhe permitam uma decisão lúcida e com conhecimento de causa...».

Depois deste, a Declaração de Helsínquia, redigida pela Associação Médica Mundial em 1964, desenvolveu um conjunto de princípios éticos que devia reger a pesquisa com seres humanos e afirmou a imprescindibilidade do consentimento informado como condição do ensaio clínico.

² Que verdadeiramente nunca teve força legal porquanto nunca foi transposto para a ordem jurídica de qualquer país, mas que ainda hoje se impõe pelo seu valor ético e orientador.

A medicina evoluiu ética e juridicamente sob a égide do **princípio do consentimento informado**, o qual deixou de ser exclusivo para a experimentação e ensaios clínicos e passou no mundo moderno, a estar integrado na medicina quotidiana, abrangendo assim toda medicina clínica, toda a assistência médica³.

O princípio do consentimento informado veio dar concretização à autonomia moral do doente.

Conceitos que têm subjacente uma perceção da pessoa enquanto realidade moral e não apenas física.

Na relação médico-doente cada um tem a sua própria responsabilidade moral.

O doente pode/deve atuar conforme o princípio de autonomia, perguntando, questionando, escolhendo, manifestando os seus desejos.

O médico deve atuar respeitando essa autonomia, sem renunciar ao princípio de beneficência, compatibilizando ambos, procurando o médico o maior benefício do paciente, mas tendo em conta as opções informadas daquele e os seus desejos. Respeitando o doente enquanto ser moral.

Abandona-se uma medicina de cariz meramente paternalista, na qual é suposto o médico querer o bem do doente e agir para esse bem sem contar com a vontade deste, pois que ao doente não é reconhecida uma autonomia moral.

A partir destes conceitos vai-se instaurando uma medicina entendida como “técnica” e “arte” em que o paciente ou os seus familiares, ativamente, responsabilmente, colaboram com quem trata. E colaboram porque têm o conhecimento e a compreensão suficientes dos elementos em jogo.

³ O seu valor legal e jurídico tem inclusivamente tutela penal: Código Penal Português de 1982 (versão atualizada em 2019) nos seus artigos: Artigo 156.º “Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários”; Artigo 157.º Dever de esclarecimento /Requisitos do Consentimento; Artigo 38.º Consentimento; Artigo 39.º Consentimento presumido; Artigo 154.º Coação – que inclui intervenções e tratamentos com oposição do paciente ou do seu representante.

«A cirurgia em si foi um sucesso.

O coração respondeu bem.

O Professor ... optou por uma "originalidade" nas suas palavras. Colocou na zona do fémur uma artéria artificial, tipo by-pass em forma de "Y", ligou-a às artérias existentes e criou uma irrigação forçada em 3 pontos-chave. O sangue começou a fluir e já chegou ao pé.

Foi tudo feito com uma anestesia que aproveitou uma corrente sanguínea debaixo do braço, tipo epidural. O dia anterior à operação foi controlado por mim e pela anestesista com telefonemas constantes para casa: agora dê morfina, agora, dê dois coronats, agora isto, agora aquilo, era necessário baixar o ritmo cardíaco a um nível que pudesse evitar a anestesia geral mas que não a pusesse também em risco maior.

Por trás o serviço de cardiologia também estava de prevenção, a dar indicações à anestesista, mas o verdadeiro obreiro deste Milagre foi o Prof... - não consigo libertar-me desta lágrima ...»

Após a Segunda Guerra Mundial os direitos humanos, os direitos civis e políticos atingiram um estatuto máximo de universalidade.

Da consciência deste estatuto nasceram a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948 e a Convenção Europeia para a salvaguarda dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais de 1950.

Integrando ambas normas universais respeitantes ao valor intrínseco à **dignidade** e à **liberdade** da pessoa humana. Estes dois valores foram determinantes na consagração, anos depois, de um outro direito universal, o chamado **direito dos doentes**.

Contribuiu igualmente para a afirmação deste direito e do implícito princípio da autonomia, um discurso do Papa Pio XII em 1952 dirigido a um

grupo de médicos⁴, ao afirmar que os médicos não são donos dos doentes e que só estes, depois de devidamente informados, poderão decidir acerca da aceitação ou rejeição das propostas que lhes são feitas. Um importante contributo da Igreja Católica para uma mudança de paradigma.

Reforçava-se o conceito da autonomia do doente, perante o desenvolvimento imparável da ciência e da tecnologia médica cada vez mais intrusiva e cada vez mais ameaçadora.

Na sociedade americana nos anos sessenta desenvolveram-se as chamadas técnicas de suporte vital, criaram-se as unidades de cuidados intensivos, surgiu a diálise renal, os transplantes do rim e do coração.

Perante este progresso tecnológico e científico e a sua entrada em áreas até aí inimagináveis e, receando a perda de controlo sobre a própria vida ou sobre a própria saúde, a Associação Americana de Hospitais em 1973, publicou o **Código de Direitos do Paciente**, dispondo que o paciente tem o direito de receber de seu médico as informações necessárias para outorgar seu consentimento, antes do início de qualquer procedimento e/ou tratamento.

Sendo este Código considerado o primeiro documento normativo a obrigar o médico a facultar ao paciente o direito a tomar decisões sobre a sua saúde, nomeadamente o direito a tomar a decisão final.

Sendo considerado também o **primeiro documento de ética médica**.

A partir de então, todos os códigos de ética passaram a incorporar este conceito, dando lugar a uma ética médica baseada no **princípio da autonomia**.

E o **consentimento informado**, o instrumento ético e legal, através do qual o doente exerce o direito básico a decidir sobre o seu próprio corpo, salvo casos excecionais⁵.

⁴ PIO XII, "Discurso ao congresso Internacional de Histopatologia (14.05.92), Ação Médica, 67, 1953, *in* bibliografia consultada.

⁵ Sendo um caso excecional, por exemplo, a urgência da atuação incompatível com o tempo necessário para obter um consentimento.

Paralelamente vinha-se a desenvolver uma mais abrangente reflexão: não importava apenas questionar o que era eticamente aceitável na intervenção clínica, mas também o que era eticamente aceitável na investigação clínica.

Reflexão que conduziu à **bioética**.

O termo “bioética” surgiu em 1971 pela voz de **Van Rensselaer Potter**, um bioquímico americano, pesquisador na área da oncologia. A sua experiência com pacientes oncológicos levou-o a propor o surgimento de um novo conceito interdisciplinar, correlacionando ética e ciência e que denominou de «**bioética**».

Na sua obra *Bioethics: bridge to the future*, escreveu:

“A humanidade tem a urgente necessidade de uma nova sabedoria que proverá o 'conhecimento de como usar o conhecimento' para a sobrevivência do homem e para a sabedoria da qualidade de vida. Este conceito de sabedoria como guia de ação – o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social – poderia ser chamado de 'Ciência da Sobrevivência', certamente um pré-requisito para a melhoria da qualidade de vida. (...) Eu acredito que a ciência de sobrevivência deva ser construída com base na ciência da biologia e alargada para além das tradicionais fronteiras com vistas a incluir os elementos mais essenciais das ciências sociais e das humanidades, com ênfase na filosofia em sentido estrito, significando 'amor pela sabedoria'. (...) A ciência da sobrevivência deve ser mais do que a ciência, sozinha, e eu portanto, proponho o termo Bioética a fim de enfatizar os dois elementos constitutivos mais importantes para a consecução da nova sabedoria que é tão desesperadamente necessária: o conhecimento biológico e os valores humanos”⁶.

Em 1974 foi criada nos EUA uma Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos na Pesquisas Biomédicas e Comportamentais⁷.

⁶ Numa tradução livre recolhida na bibliografia consultada.

⁷ Como reação institucional aos escândalos causados pelas experimentações da medicina desde o início da 2ª. Guerra Mundial: 1) em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes; 2) entre 1950 e 1970, no

Sendo objetivo principal da Comissão - identificar os princípios éticos “básicos” a que deveria estar sujeita a experimentação em seres humanos.

Em 1978 esta Comissão apresentou um Relatório - *o Relatório de Belmont* – que veio enunciar um conjunto de princípios éticos fundamentais para a proteção dos sujeitos humanos.

De acordo com o mesmo, a pesquisa biomédica com seres humanos teria de respeitar três princípios éticos básicos: a) o princípio do respeito às pessoas; b) o princípio da beneficência; c) o princípio da justiça.

O princípio do respeito às pessoas ou princípio da autonomia seria efetivado através do consentimento informado, o princípio da beneficência, vindo da medicina mais remota (a par com o paternalismo médico), seria efetivado através duma avaliação científica de riscos e benefícios e, o princípio da justiça (distributiva) impunha que houvesse critérios (justos) de distribuição e afetação dos recursos disponíveis (segundo que critérios afetar os dinheiros públicos no campo da saúde: que tipo de doentes atender prioritariamente, que estabelecimentos e equipamentos privilegiar).

Este Relatório constitui um importante trabalho comum de entendimento e lançou as bases para um amplo diálogo sobre as tecnologias ao serviço da pessoa e do desenvolvimento humano e sobre o sentido da vida e os limites a estabelecer no confronto com as tecnologias.

A **Bioética** nasceu, assim, duma reflexão crítica, dum juízo de valores e permanece como tal: uma reflexão crítica, um juízo de valores, à procura dum consenso.

E que se estende a outras áreas do conhecimento e da prática, transpondo os limites originais do domínio médico, para horizontes onde o sentido da vida se analisa, não apenas num espaço individual, mas de toda a comunidade, de todos os seres, de toda a natureza, perante a consciência dum pulsar do planeta e

hospital estatal de Willowbrook (NY), injetaram hepatite viral em crianças retardadas mentais; 3) desde os anos 40, mas descoberto apenas em 1972, no Estado de Alabama, foram deixados sem tratamento quatrocentos negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença.

dum balanço da terra, limitados, obrigando, por isso, a questionar a relação dos humanos entre si e do mundo vivo humano com o mundo vivo não humano.

Temas como a escassez e o direito à água, o equilíbrio ecológico, as espécies ameaçadas, a pegada de carbono, a engenharia genética, o direito dos animais, entre outros, passaram a ter assento natural nesta reflexão de conjunto sobre uma ética de sobrevivência humana, uma ética integral. Uma bioética integral.

Também no estrito domínio médico desenvolveram-se desafios de conceção quanto ao consentimento informado, que ultrapassam a mera interpretação literal e formal da declaração do doente.

Um consentimento só é válido se a informação foi corretamente compreendida.

Um consentimento só é válido se for livre.

O consentimento informado só é voluntário e livre se for prestado fora de qualquer coação ou manipulação.

Fora de qualquer **vulnerabilidade** suscetível de o influenciar.

Importa então questionar. Qual a capacidade de compreensão de alguém que tem um vocabulário limitado devido à sua condição social e escolar, ou à sua situação de emigrante, ou à sua avançada idade, ou à sua solidão, por exemplo?

Como detetar /interpretar /compensar a vulnerabilidade de alguém que por razões de avançada idade, pouco conhecimento, condição social baixa, fraca saúde, solidão, se dispõe a qualquer coisa ou se dispõe a nada, perante um tratamento proposto?

Mais do que **informação**, deve ser dada importância à **compreensão** da mesma por parte do doente.

A liberdade de decisão dos doentes para que possam tomar decisões conscientes e responsáveis, o apuramento do seu grau de consciência, ocultado e quantas vezes dissimulado face a situações de vulnerabilidade, passou a estar em discussão.

Apurar se um consentimento é válido pode implicar a necessidade dum conhecimento mais ou menos vasto sobre a pessoa do doente, do seu contexto pessoal, familiar, social, atual e passado.

Um verdadeiro desafio ético de solidariedade, de relação interpessoal e de comunicação para quem tem de apurar essa validade.

Um desafio que sendo ético, obriga também a uma **ética de procedimentos**.

A bioética fornece princípios formais, mas são necessários critérios para lhes dar conteúdo material. E que ultrapassam a capacidade de avaliação individual do médico responsável por cada situação.

Situações que por sua vez não são exclusivas do doente A ou do doente B, mas que se definem como integrantes de um grupo mais ou menos alargado de pessoas.

A necessidade duma análise abrangente, de um conjunto de normativos e dum exercício de vigilância levou à criação de **comissões de ética**, encarregues de promover uma reflexão independente e multidisciplinar, com vista à elaboração de critérios objetivos de verificação e de orientações que ajudem a uma correta ponderação dos valores em presença.

Em Portugal as **comissões de ética para a saúde**, reguladas primeiro através do Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio e, mais recentemente pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro, têm vindo a desempenhar um papel fulcral na salvaguarda dos padrões de ética no âmbito das ciências da vida, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas.

Funcionam integradas em instituições de saúde dos setores público, privado e social, assim como em instituições de ensino superior que realizam investigação clínica e centros de investigação biomédica que desenvolvem investigação clínica e têm como competências gerais, entre outras, zelar, no âmbito do funcionamento da respetiva instituição, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o **princípio da dignidade e integridade da pessoa**

humana, emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos sobre questões éticas relacionadas com as atividades da respetiva instituição, elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética de âmbito geral⁸.

São competências específicas das comissões de ética que funcionem em instituições com prática clínica assistencial, entre outras: zelar pelo respeito dos princípios éticos da dignidade da pessoa humana, da beneficência, da justiça e da autonomia pessoal na prestação de cuidados de saúde; prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial.

O seu papel não se limita a fiscalizar a correção ética da atividade desenvolvida nas instituições de saúde, têm também um papel pedagógico, educando, aconselhando procedimentos, emitindo pareceres, ajudando a resolver casos concretos para garantia dos direitos dos doentes e dos médicos, salvaguardando a sua autonomia, integridade e dignidade.

A humanização, como trabalho de natureza relacional, integra aspetos subjetivos de quem cuida e de quem é cuidado, devendo ser necessariamente entendida como valor a complementar os aspetos técnico-científicos os quais, por si só, privilegiam aspetos objetivos, de generalidade, de conjunto.

Uma cultura de humanização impõe a participação de todos os intervenientes no sistema e abrange um conjunto de circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas cuja natureza subjetiva implica atender às necessidades singulares de cada um, em cada dia⁹.

⁸ Preâmbulo do Dec-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro e seu artº 3º.

⁹ Com este objetivo, no passado dia 4 de setembro, foi tornado público um importante documento de ética hospitalar: o «Compromisso para a Humanização Hospitalar», celebrado por 49 instituições hospitalares nacionais e que preconiza 15 áreas que devem ser analisadas e alvo de intervenção para concretização e/ou melhoria- *consultável na Internet*.

“Promover as ações, programas e políticas no âmbito da humanização da atividade assistencial implica obrigatoriamente dar lugar, não só à palavra do Utente, como também à palavra do Profissional de Saúde, para que, tanto um como o outro, possam fazer parte de uma rede de diálogo e estejam conscientes que sem comunicação, não há humanização.

(...)

O desejo de não sofrer era o desejo singular de *Branca*.

Com uma incurabilidade de base, uma insuficiência cardíaca congestiva que ao não permitir a irrigação sanguínea dos dedos dum pé fizera morrer algumas das suas células e tecidos, ao sofrer dores insuportáveis e, fracassada a medicação de alívio, o desafio médico de procurar uma via de irrigação eficaz, reanimando partes do organismo, confrontava-se com a sua idade e gravidade clínica.

Mas, não serão os doentes crónicos de mais longo curso, nomeadamente os incuráveis e em risco de vida, quem mais solicita à ciência e à consciência médica um empenhamento clínico e ético com vista ao seu conforto, à dignificação da sua vida e, porventura, da sua morte?

Aliviar o sofrimento da doente foi o desafio ético assumido pelo Professor.

Optou por uma técnica de reanimação, colocando na zona do fémur uma artéria artificial, tipo *by-pass* em forma de "Y", ligou-a às artérias existentes e criou uma irrigação forçada. O sangue começou a fluir e chegou ao pé, cicatrizando-o, reanimando tecidos mortos.

“A cirurgia em si correu muito bem, o sangue flui normalmente e ela já não tem dores. Só foi pena a descompensação cardíaca que até aqui era sustentada por um grupo muito articulado de medicamentos.

Infelizmente a situação piorou muito.

Continua nos cuidados intensivos e hoje o coração já teve uma paragem, mas conseguiram reanimá-la.

A cirurgia correu muito bem, mas o coração está com muita dificuldade em restabelecer o equilíbrio anterior.

Se alguma coisa foi boa, foi o fim das dores, ela apesar de fraca está muito feliz porque está sem dores.”

“As pessoas primeiro!”- comunicado da Administração do Centro Hospitalar Povoá do Varzim – Vila do Conde (CHPVVC) explicando as razões da sua adesão a tal compromisso - *consultável na Internet.*

Os últimos dias de *Branca* foram felizes.

A folha soltou-se ao 14º dia.

Caiu dignamente.

Anabela Luna Carvalho (2020)

FONTES

Bibliográficas

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *Bioética*, Editorial Verbo, 1986;

GARCIA, Diego, *Fundamento das Bioética*, Gráfica de Coimbra – 2ª edição – 2007;

NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela, *Bioética ou Bioéticas, na evolução das sociedades*, Edição Luso-Brasileira, Gráfica de Coimbra – Centro Universitário São Camilo – 2005;

VVAA, *Dicionário de Bioética*, Editorial Perpétuo Socorro, Editora Santuário, 2001.

Outras

— Legislação citada em <http://www.pgdlisboa.pt/leis>

Data  **enia**

REVISTA JURÍDICA DIGITAL
ISSN 2182-6242

Ano 8 • N.º 11 • dezembro 2020

