

Caso Clínico

Case Report

Filipe Monteiro¹

Princípio de autonomia: Direito a dispormos de nós próprios até ao limite? A propósito de um caso clínico

Principle of autonomy: Right of self-disposal till the end? A case report

Recebido para publicação/received for publication: 08.07.23

Aceite para publicação/accepted for publication: 08.12.31

Resumo

Todo o acto médico deve estar assente em princípios éticos. Estes códigos de conduta que regem a relação do médico com o doente são dirigidos ao médico (princípio de beneficência e não maleficência) ou orientados para o doente (princípio de autonomia). Assim sendo, em determinadas circunstâncias, pode haver alguma tensão entre os princípios.

Tendo como ponto de partida um caso clínico, é feita uma reflexão à atitude do médico numa situação de conflito de princípios, à luz de fundamentos éticos, bem como numa perspectiva jurídica.

Rev Port Pneumol 2009; XV (3): 529-536

Palavras -chave: Princípio de beneficência, princípio de autonomia, consentimento informado, conflito de princípios.

Abstract

The doctor-patient relationship should be established in ethical principles. The codes of conduct that guide the relation between the doctor and the patient are addressed to the physician (principle of beneficence and non-maleficence) or oriented to the patient (principle of autonomy). As such, in certain circumstances there can be some tension between the principles.

Based on a case report in a setting of principles conflict, ethical and legal considerations are made so far as the doctor's attitude is concerned.

Rev Port Pneumol 2009; XV (3): 529-536

Key -words: Principle of beneficence, principle of autonomy, informed consent, principles conflict.

¹ Mestre em Bioética. Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia. Assistente Convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa

Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa
(Dir.: Professor Doutor A. Bugalho de Almeida)

Correspondência:

Filipe Monteiro

Rua Poeta Bocage 14, 6.º D – 1600-581 Lisboa

Telefone: 217169297

E-mail: jfpmonteiro@yahoo.com

Introdução

O exercício de medicina nas sociedades ocidentais está, desde os tempos da Grécia Antiga, assente em fundamentos éticos. Os princípios de beneficência e de não maleficência encontram a sua génese numa das primícias do juramento de Hipócrates: “Aplicarei os medicamentos para o bem dos doentes segundo o meu saber e nunca para o seu mal.”

Mais recentemente, aos princípios referidos foram acrescentados os princípios de autonomia e de justiça.

Até ao início de século xx, nenhum manual de deontologia médica fazia referência ao princípio de autonomia, apesar de terem sido julgados dois casos em tribunal cível. No primeiro – o caso *Slatter v. Baker & Stapleton* –, que ocorreu em Inglaterra, em 1767, o doente foi obrigado a dar o seu consentimento para ser tratado. No segundo, que teve lugar em Liège, França, em 1889, a judicatura pronunciou-se pela primeira vez sobre a necessidade de existir consentimento do doente para qualquer intervenção a realizar pelo médico¹.

Em 1914, nos EUA, foi explicitamente feita – pelo juiz Benjamim Cardoso – uma alusão à necessidade de o consentimento informado existir; afirmou este juiz que todo o adulto mentalmente capaz tem o direito a se pronunciar sobre o que poderá ser feito em relação ao seu corpo (“*Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body*”)².

No entanto, foi apenas a partir dos Julgamentos de Nuremberga que o princípio de autonomia se afirmou incontestavelmente.

De resto, em termos filosóficos, a associação deste princípio à ética pode ser imputada a Immanuel Kant, filósofo alemão do século

xviii, o qual afirmava que “a autonomia do homem é o mais alto valor e condição limitante de todos os outros valores”³.

O princípio de autonomia assenta numa disposição procedimental por força da qual o médico é obrigado a obter o consentimento do doente para a realização de intervenções. Assim sendo, o consentimento para o acto médico é, para além de um princípio ético, uma obrigação jurídica.

Na essência, espera-se que entre o médico e o doente haja um diálogo e não uma imposição unilateral da decisão do primeiro. É obrigação do médico proporcionar ao doente toda a informação sobre a sua situação médica e propor-lhe a terapêutica adequada, na expectativa de que este assimile a informação fornecida e decida de acordo com aquilo que ache ser o melhor para si.

Caso clínico

MARV, 53 anos, sexo feminino, tem paresia das cordas vocais desde os 38 anos, na sequência de uma tireoidectomia parcial por doença de Graves.

Em Outubro de 2005 (01/10/2005), após uma infecção respiratória intercorrente, desenvolve um quadro de estridor com insuficiência respiratória aguda. Recorre ao Serviço de Urgência do Hospital de São José, onde recusa a intubação ou traqueostomia no sentido de aliviar o sofrimento respiratório em que se encontrava. É então transferida para o Hospital de Santa Maria, dado ser este o hospital da sua residência.

Ainda no serviço de urgência, uma laringoscopia indirecta apresenta “cordas vocais em posição paramediana inspiratória/expiratória com fenda glótica reduzida a 1 mm”. Por agravamento do quadro clínico e uma imi-

nente paragem respiratória, a doente é sujeita a uma intubação orotraqueal com um tubo de 5,5 mm de diâmetro e é internada na unidade de cuidados intensivos respiratórios do serviço de pneumologia.

Ao 4.º dia de internamento (04/10/2005), a doente está acordada, lúcida, clinicamente estabilizada, com alguma ansiedade. É-lhe explicado o seu quadro clínico, a necessidade da traqueostomia, os riscos inerentes à mesma e as consequências que poderão ocorrer caso a intervenção não seja efectuada. Tendo em consideração a ansiedade que a doente apresenta, esta é medicada com ansiolíticos e é pedida uma avaliação psiquiátrica. De acordo com a observação do psiquiatra, “a doente encontrava-se ansiosa, com humor moderadamente depressivo, sem actividade alucinatória/delirante. O compromisso ansioso prevalecia sobre o depressivo. Revelava um estado reactivo ao internamento e à sugestão de traqueostomia. Em conclusão, tratava-se de um estado ansio-depressivo reactivo moderado.”

Apesar das explicações, a doente recusa o tratamento proposto.

Estávamos, assim, perante uma situação em que a simples desintubação poderia implicar a morte por asfixia e em que a manutenção do tubo endotraqueal, para além de estar limitada temporalmente, poderia dar origem a complicações, com a obstrução de seu lúmen por secreções brônquicas, tendo em consideração o seu tamanho.

Como deve actuar o médico numa situação de conflito de princípios?

Na situação descrita, à luz de fundamentos éticos, assim como numa perspectiva jurídica, qual deve ser a atitude do médico?

No que diz respeito à ética, qual o princípio que deve prevalecer? Deve o princípio de autonomia, através do consentimento informado, ser um imperativo categórico e absoluto? Ou, pelo contrário, deve prevalecer o princípio de beneficência? Em sùmula, numa situação de conflito de princípios, qual a decisão certa a tomar?

E sob o ponto de vista jurídico, como deve pautar-se a actuação do médico? Será lícito não cumprir a vontade do doente? Que consequência penal poderá sofrer o médico quando se recusa a cumprir o desejo do doente (a não realização de um tratamento imprescindível para o manter vivo)?

Vamos analisar estas dúvidas e reflectir sobre elas à luz de fundamentos éticos, bem como numa perspectiva jurídica.

Quais os fundamentos dos princípios em confronto?

No que diz respeito ao princípio de beneficência, este define-se, em termos sucintos, pelos seguintes deveres⁴:

- 1) o dever de não causar dano;
- 2) o dever de prevenir o mal ou o sofrimento;
- 3) o dever de suprimir o mal ou o sofrimento;
- 4) o dever de fazer o bem ou de o promover.

No que diz respeito ao princípio de autonomia, exercido através do consentimento do doente e considerado na actualidade como um dos aspectos basilares da relação médico-doente, este terá que satisfazer três requisitos para que seja ética e legalmente válido³.

1) Ser voluntário

O consentimento não pode ser obtido a partir de qualquer tipo de coacção ou da ma-

nipulação da informação com vista a obter a adesão do doente.

2) Cumprir o dever de informar

O médico deve informar e o doente deve compreender a informação fornecida. Em nosso entender, esta condição é altamente aleatória, porque depende quer do médico (possuir capacidade de transmitir a informação), quer do doente (ter capacidade de ajuizar a informação). Para ultrapassar esta dificuldade, confia-se que a informação seja a mais completa possível e seja usada uma linguagem simples e directa.

3) Ter suporte jurídico

O consentimento deve ter uma base jurídica, isto é, a pessoa em causa deve ser juridicamente capaz. Existem regras jurídicas diferentes, consoante o doente seja uma criança, um deficiente mental, uma pessoa confusa, etc. Além disso, considera-se boa norma que o pedido do consentimento contenha a indicação dos seguintes elementos:

- O diagnóstico, a proposta terapêutica e o prognóstico esperado;
- Os possíveis efeitos secundários associados ao tratamento, com os riscos e benefícios inerentes (em que os benefícios terão que ser superiores aos riscos);
- As alternativas terapêuticas, com os seus riscos, benefícios e efeitos secundários;
- A duração do tratamento e os custos financeiros.

Se é certo que, de um modo geral, se assume que a informação fornecida é entendida, tal pode ser comprovado através de formulação

de algumas perguntas. Neste contexto, deve também ser avaliado o grau de ansiedade do doente.

Existem, contudo, algumas circunstâncias em que o doente não tem capacidade jurídica (crianças, doentes mentais ou comatosos, etc.) ou em que a situação médica (urgência) não permite a espera do consentimento. Nestes casos, o consentimento pode ser obtido dos familiares ou do procurador nomeado pelo próprio estado, sendo admissível a sua dispensa em situações de urgência, em que é tido como presumido.

No caso em análise, estamos numa situação em que a obrigação moral referida nos enunciados do princípio de beneficência, nomeadamente no 2.º e no 3.º (o dever de prevenir e de suprimir o mal ou o sofrimento), colide com o princípio de autonomia, dado que a doente, apesar de devidamente informada da proposta terapêutica e das consequências da sua não efectivação, não consentira a intervenção.

Perante uma situação de conflito de princípios, alguns autores são de opinião de que deve haver uma hierarquização dos mesmos. Assim, para Diego Gracia Guillen, o princípio de não maleficência e o da justiça são princípios absolutos, colocados no 1.º nível, enquanto o princípio de beneficência e o de autonomia são de 2.º nível. Estes deverão ser respeitados após o cumprimento dos primeiros⁵.

Neste caso, não estando em conflito princípios de níveis diferentes, a recomendação do autor não é aplicável.

Para outros autores, os conflitos devem existir relativamente a valores e não a deveres, visto que admitir a existência destes seria admitir um comportamento diferente e incompatível para a mesma situação, o que

seria moralmente inaceitável⁶. Ainda de acordo com este autor, a autonomia não é um valor absoluto e, como tal, o princípio que impõe o seu respeito não é incondicional. Este pode ser legitimamente limitado pelo respeito por outros valores, assegurados por outros princípios, nomeadamente o de beneficência.

Nesta perspectiva, no caso em estudo, é eticamente aceitável o não respeito pelo desejo manifestado pela doente.

No que diz respeito à natureza da obrigação médica em relação ao ‘Código Deontológico’, o artigo 39, ao aludir aos métodos que implicam algum risco, refere: “Antes de adoptar um método de diagnóstico ou terapêutico que considere arriscado, o médico deve obter, de preferência por escrito, o consentimento do doente ou de seus pais ou tutores, se for menor ou incapaz, ainda que temporariamente.”⁷

Ainda em relação a esta temática, a Associação Médica Mundial, em 1981, na ‘Declaração de Lisboa’, que aborda os direitos do doente, definiu como um dos princípios a ter em consideração no acto médico o direito de o doente aceitar ou recusar o tratamento⁸.

Em termos legais, segundo a legislação portuguesa: “Os utentes têm direito a decidir, receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposições especiais da lei.” (‘Lei de Bases de Saúde’ – Lei 48/90 –, Base XIV, número 1 alínea b)⁹.

Para analisar estas disposições especiais da lei, atentemos no ‘Código Penal Português’, nos seus artigos 150 e 156.

Assim, no artigo 150, que diz respeito a intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, no n.º 1, lê-se: “as ofensas e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e

da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.” No n.º 2, acrescenta-se ainda: “As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida, perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde, são punidas com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.” Por sua vez, no artigo 156, que se refere a intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, pode-se ler, no número 1, que “as pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa”. Deste articulado pode-se concluir que a actividade médica está, basicamente, delimitada pelo consentimento do doente. Contudo, no seu ponto 2, são referidas as situações em que, apesar da ilicitude, não há punibilidade, presumindo-se o consentimento: se o consentimento “só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde” ou em situações imprevistas que podem surgir durante um acto cirúrgico e que obriguem a alguma alteração à proposta inicialmente delineada. Não há também punibilidade (de acordo com o artigo 157) sempre que prevalece privilégio

terapêutico, que é indicado quando se verifica que a “informação completa pode criar angústia diminuindo a autonomia, e com ele a recusa para um acto médico ou cirúrgico, sem o qual há risco grande de vida ou de função imprescindível”.

Do exposto, constata-se que, apesar de o acto médico estar na sua génese delimitado pelo princípio de autonomia, por meio do consentimento informado, esta delimitação é mais aparente do que real, dado que são previstas na lei situações em que o não cumprimento do consentimento informado não está sujeito a punibilidade, apesar da ilicitude.

Contudo, no caso que estamos a estudar, a recusa foi manifestada após o pedido do consentimento, situação não prevista quer no ponto 2 do artigo 156 quer no artigo 157, os quais são válidos nas situações de escusa de consentimento e não de recusa.

Não nos parece também que esta situação possa ser equiparada a uma directiva antecipada de vontade (testamento vital/*living will*). Nesse cenário, e de acordo com o parecer N.º P/05/APB/06 da Associação Portuguesa de Bioética, o médico pode não anuir em aceder ao desejo manifestado pelo doente em relação a determinado tratamento e justificar a sua atitude pela dúvida quanto à “actualidade” da directiva¹⁰.

O paradoxo deste caso residia no facto de que o acatamento da decisão da doente, pela equipa médica, levaria a que a evolução do quadro clínico tivesse como desenlace, muito provavelmente, a morte. E, nesta circunstância, poderia a equipa ser acusada, ao abrigo do artigo 10 do ‘Código Penal Português’, de um crime de “comissão por acção e por omissão”.

Assim, se, em termos éticos, a atitude médica de não respeitar a vontade manifestada

pela doente pode ser defendida por meio dos fundamentos éticos orientadores do acto médico, já o mesmo não acontece em relação à natureza jurídica, que, no mínimo, deixa no ar muitas dúvidas e incertezas.

A pergunta de fundo que se põe é a de saber se podemos dispor de nós próprios até ao limite e no fim. Por outras palavras, o respeito pelo princípio de autonomia deve ser um imperativo categórico?

Não cabendo no âmbito deste artigo a análise exaustiva do princípio de autonomia, parece-nos, contudo, que será interessante proceder-se a um breve exame histórico das origens e da evolução deste princípio.

As primeiras referências ao princípio de autonomia, enquanto princípio ético a ser salvaguardado no acto médico, remontam ao século XVIII, como referimos. Contudo, a sua implementação só viria a ganhar um impulso muito forte após os julgamentos de Nuremberga, nos quais alguns médicos alemães se defenderam das acusações pelas atrocidades cometidas alegando o interesse das experiências realizadas para o conhecimento médico.

A consciencialização de que era inaceitável a experimentação no ser humano sem o seu consentimento voluntário ficou expressa no ‘Código de Nuremberga’ (1947).

Apesar da existência deste código, continuaram a ser feitas, nos anos 60 e 70, várias denúncias de experimentação no homem, situações que ocorreriam nos Estados Unidos, principalmente entre grupos sociais vulneráveis e marginais¹¹.

No sentido de evitar estas posturas abusivas em relação à experimentação médica em seres humanos, a comunidade médica, na ‘Declaração de Helsínquia’, em 1964, enunciou os princípios-base que compõem a na-

tureza normativa de respeito pelo doente na investigação e experimentação.

De acordo com aquela declaração, o consentimento informado deve ser apreciado sob duas perspectivas completamente diferentes: o consentimento em situação terapêutica e o consentimento em situação de investigação e experimentação. Na situação de investigação e experimentação, o consentimento do doente é absolutamente necessário, principalmente quando se trata de participar numa investigação sem benefício terapêutico. Contudo, em caso de investigação com fim terapêutico, é permitido ao médico reservar informações que julgue serem susceptíveis de prejudicar o sujeito doente.

Em relação ao consentimento em situação terapêutica, como também já referimos, este tem a sua origem mais próxima na decisão do juiz de um tribunal americano, em 1914¹². As decisões americanas foram seguidas pela jurisprudência canadiana, pela francesa e pela inglesa. Constatou-se, assim, que o dever do médico de obter o consentimento do doente resulta de uma obrigação jurídica, modulada de país para país.

A pergunta fundamental é: por que razão, em situação puramente terapêutica, deve o médico pedir o consentimento do doente antes de aplicar ou prescrever um tratamento? O dilema ético subjacente a esta questão reside na tensão entre o princípio de autonomia, orientado para o doente, e o princípio de beneficência, dirigido ao médico.

Numa análise da evolução histórica dos princípios éticos, constatou-se que o princípio de beneficência, orientado para a actuação médica, tinha como contraponto o princípio de não maleficência – o célebre *primum non nocere* –, que aconselhava o mé-

dico a agir com prudência na escolha do tratamento.

A ascendência e implementação progressivamente mais frequente do princípio de autonomia, em detrimento do princípio de beneficência, podem, em nosso entender, ser explicadas sob duas perspectivas, que se explanam em seguida.

Em primeiro lugar, a visão do bem ou o princípio de beneficência não tem a mesma leitura dos dois lados – o lado do médico e o lado do doente.

Como se sabe, o princípio de beneficência tem as suas raízes históricas nos primórdios da medicina, na era greco-romana, e assentava, entre outros, no pressuposto de que o doente não tinha outra alternativa se não curvar-se perante a decisão médica. Como tal, os aconselhamentos éticos eram dirigidos na sua totalidade ao médico.

Na actualidade, e principalmente na sociedade anglo-saxónica, o médico não é nem deve ser o único detentor da informação clínica relativa ao doente. Pelo contrário, esta informação é pertença do doente, que necessita dela para fazer a sua escolha em relação a propostas terapêuticas que lhe são apresentadas. É no exercício do livre-arbítrio que se exprime plenamente o princípio de autonomia.

Em segundo lugar, a afirmação do princípio de autonomia tem também a sua razão de ser no contributo do próprio médico, quando este exige o consentimento do doente antes de iniciar qualquer atitude diagnóstica ou terapêutica. Este procedimento deve-se, em nosso entender, à cada vez mais frequentes acusações de má prática médica, que levam cada vez mais ao exercício da medicina defensiva.

Esta tensão entre o princípio de beneficência e o princípio de autonomia esteve na origem

de alguns articulados do 'Código Deontológico', bem como do 'Código Penal', os quais enunciámos na exposição do caso clínico. Contudo, como também referimos, existem zonas cinzentas que não estão equacionadas nos dois códigos em causa.

Epílogo do caso clínico

Ao 10.º dia do internamento e ao fim de várias tentativas, a doente acaba por dar o seu consentimento. A traqueostomia é realizada no dia seguinte e a doente tem alta uma semana depois, encontrando-se bem até à mais recente consulta de seguimento.

Reflexão final

O exercício do princípio de autonomia através do consentimento informado em situação terapêutica é uma prática corrente nos países anglo-saxónicos e tem vindo a implementar-se progressivamente nos do Sul da Europa, incluindo Portugal.

Contudo, como verificamos no caso exposto, existe na comunidade médica alguma resistência a acatar integralmente e sem reservas a vontade manifestada pelo doente. Esta relutância tem a sua génese na ambivalência que ocorre pelo facto de o conhecimento técnico-científico estar de um lado e a aplicação ou não deste conhecimento, com todas as consequências daí resultantes, do outro lado.

Na prática, nestas situações, quando possível, o médico pode socorrer-se dos vários clausulados que lhe permitem ultrapassar a manifesta ou suposta oposição do doente a

determinados tratamentos. Mas, quando tal não seja possível, não será legalmente lícito o médico ir contra a vontade do doente, tal como poderia ter feito a equipa no caso descrito, se a doente não tivesse aceiteado o tratamento indicado?

Neste contexto, será o consentimento informado um mito? Uma mera figura de retórica? Ou um subterfúgio de conveniência? Ou simplesmente um princípio confinado?

Bibliografia

1. Figueiredo AR. Consentimento para o acto médico. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2006:43.
2. Informed consent [Internet]. Disponível em: www.drbillong.com/CurrentEventsVI/Consent.html
3. Guyer P. Kant, Immanuel. In: E. Craig (Ed.). Routledge encyclopedia of Philosophy [Internet]. London. 1998 [actualizado em 2004]. Disponível em: www.rep.routledge.com/article
4. Hottois G, Parizeau MH. Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1993:90-1.
5. Sánchez González MA. Historia, teoría y método de la Medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson SA; 1998:150.
6. Cabral R. Princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. In: Archer L, Biscaia J, Oswald W (Eds.). Bioética. Lisboa: Verbo; 1996:58.
7. Esperança Pina JA. A responsabilidade dos médicos. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.; 1994. p. 98.
8. Hottois G, Parizeau MH. Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1993:124.
9. Informações ao cidadão: carta dos direitos e deveres dos doentes [Internet]. Disponível em: www.dgsaude.pt
10. Associação Portuguesa de Bioética. Parecer n.º P/05/APB/06: sobre directivas antecipadas de vontade [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Bioética; 2006:25. Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1148471346directivas_medicas.pdf
11. Hottois G, Parizeau MH. Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1993:63.
12. Hottois G, Parizeau MH. Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1993:89.