



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

**PARECER Nº 100/2014**

Sobre o estudo T288 Ética Institucional: "Recusa de Visita Domiciliária a utente em ECCL, por ofensa a profissional de saúde"

**Fundamentação**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é criada com o Dec. Lei nº101/2006, e "(...) é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais de segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais".<sup>1</sup>

Entende-se por «Cuidados Continuados Integrados», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social».<sup>2</sup>

O objetivo geral da Rede é "a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência",<sup>3</sup> sendo que um dos objetivos específicos, é "A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessário à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida".<sup>4</sup>

Por Equipa de Cuidados Continuados Integrados entende-se "uma Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma".<sup>5</sup>

O ingresso na rede é efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas.<sup>6</sup>

A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Dec. Lei nº101/2006 de 6 de junho

<sup>2</sup> Ibidem, art.º 3º alínea a)

<sup>3</sup> Ibidem, art.º 4º, nº 1

<sup>4</sup> Ibidem, art.º 4º, nº2, alínea b)

<sup>5</sup> Ibidem, art.º 27º

<sup>6</sup> Ibidem, art.º 32, nº1



Após referenciação a Equipa Coordenadora Local avalia e valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada às necessidades do utente.<sup>8</sup> É ainda necessário que o utente (ou o seu representante) dê o seu prévio consentimento por escrito, independentemente da tipologia a integrar. O Consentimento informado é revogado sempre que o utente/representante legal o desejar, no respeito pela sua autonomia na tomada de decisão.<sup>9</sup>

É de salientar que a admissão na Rede, nomeadamente na ECCI, pressupõe por parte do utente/cuidador, o conhecimento dos serviços prestados pela mesma, para que o consentimento prestado seja informado, livre e esclarecido.

Todavia, é de relevar que no contexto domiciliário, a aceitação de uma equipa que invade o espaço de conforto do utente/cuidador/família, bem como a fase em que estes se encontram de adaptação à doença, pode por vezes levar, à manifestação de revolta, contra tudo e contra todos, o que requer da equipa multiprofissional o desenvolvimento de competências acrescidas na gestão do processo de adaptação, na partilha e gestão de sentimentos e emoções.

Entende a CES que as principais situações de recusa de qualquer cuidado de saúde só terá legitimidade quando se fundamenta na recusa do próprio utente<sup>10</sup>, na falta de condições mínimas para uma prática de cuidados de saúde segura ou na objeção de consciência, contemplada nos códigos deontológicos dos profissionais médico e enfermeiro.<sup>11</sup>

Nas instituições de saúde que assumem o papel de entidade patronal, os profissionais de saúde garantem cuidados de saúde de acordo com a sua área de competência. Este dever de prestar "os melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correção e delicadeza"<sup>12</sup> em "*tempo útil*"<sup>13</sup> e "*sem qualquer forma de discriminação*"<sup>14</sup>, assenta nos planos deontológicos das profissões, tendo em conta as necessidades de cuidados e as exigências tecnológicas que o cuidar de cada utente/cuidador requer.

Assim, a prestação de cuidados de saúde deve ser entendida como regra, e a decisão de não o fazer, uma exceção, que deve limitar-se a situações que o justifiquem, nomeadamente as anteriormente referidas<sup>15</sup>.

Nas situações em que os profissionais de saúde se sentem ameaçados na sua dignidade, devem em nosso entender, fazer uso das suas competências comunicacionais, impregnando os cuidados de saúde com habilidades relacionais diferenciadoras e de excelência, assentes em princípios éticos/deontológicos e nos valores profissionais.

Devem procurar estabelecer uma relação terapêutica e de cuidado, que promova a confiança mútua e que em todo o processo de intervenção, o utente/cuidador/família se encontrem envolvidos, alcançando o sucesso, prevenindo outras situações como a descrita.

Devem ainda, estabelecer com utente/cuidador, os objetivos a alcançar, que devem ser exequíveis, assumindo um compromisso para a obtenção de resultados, de acordo com a capacitação dos utentes/cuidadores.

<sup>7</sup> Ibidem, art.º 32, nº8

<sup>8</sup> Portaria nº 174/2014, art.º 20, nº 4

<sup>9</sup> Ibidem, Art.º 21, nº 4 e Carta dos direitos e deveres dos doentes, nº8

<sup>10</sup> Carta dos direitos e deveres dos utentes, nº 8

<sup>11</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos 2008, art.º 37, nº1 e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros 2009, art.º 92º

<sup>12</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos 2008, art.º 31

<sup>13</sup> Estatuto da Ordem dos Enfermeiros 2009, artigo 83º

<sup>14</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos 2008, art.º 6º, e código deontológico do enfermeiro 2009, art.º 81, alínea a)

<sup>15</sup> Parecer CJ OE nº221/2010

Quando tal não for possível e tendo em conta a possibilidade de uma relação de cuidado conflitual, comprometendo o bem-estar da pessoa em causa ou violando a dignidade do profissional de saúde, deve ser realizado o encaminhamento da pessoa em causa, para outro colega da equipa quando exista, ou para uma unidade de saúde a que o utente pertença e/ou outra unidade prestadora de cuidados de saúde, se for o caso.<sup>16</sup>

De referir que se os Profissionais têm o dever de preservar e defender os direitos dos utentes, nomeadamente "o respeito pelo direito à proteção da saúde"<sup>17</sup> e a cuidados de saúde adequados às suas necessidades, "procurando a maior eficácia e eficiência na gestão rigorosa dos recursos existentes"<sup>18</sup>, têm igualmente, o direito a usufruir de condições de trabalho, que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua ação e que lhes permita exercer a sua profissão, em conformidade com as *leges artis*,<sup>19</sup> num clima de segurança pessoal, livre de violência, ameaças ou intimidações.

Cabe também mencionar que *Lei de Bases da Saúde*<sup>20</sup> e a *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* atribuiu direitos e deveres específicos aos clientes. A Lei de Bases estatuiu, ser dever do cliente "*Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação*"<sup>21</sup>, e ainda que, "*Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover*"<sup>22</sup>.

Assim, a não observância dos preceitos vigentes, podem colocar em causa a prestação dos cuidados de saúde<sup>23</sup> e nos casos em que o Utente/cuidador inviabilize a sua prestação, estes podem revogar o consentimento anteriormente assumido, justificando-se uma alta a pedido.

No entanto, o direito ao cuidado de saúde deverá ser sempre assegurado por um profissional com qualificação equivalente e comunicar devidamente a situação para garantir a continuidade dos cuidados de saúde.<sup>24</sup>

No entanto, nos casos de perigo para a vida ou para a integridade física do utente, ou quando não existe outro profissional de qualificação equivalente a quem o doente possa recorrer, o profissional não deverá deixar de prestar os cuidados devidos<sup>25</sup>. De salientar que o profissional de saúde é responsável pelos seus atos<sup>26</sup>

De referir, que a avaliação destas situações requer sempre uma análise casuística, sendo a atuação do profissional, pautada pelo princípio da proporcionalidade, devendo efetuar uma ponderação dos valores e dos direitos em causa<sup>27</sup>.

## Conclusão

Tendo em consideração o exposto, o profissional de saúde ao ser desrespeitado na sua dignidade, e depois de esgotadas todas as estratégias para a resolução da situação problema, tem o direito

<sup>16</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos 2008 art.º 41 e Código deontológico dos enfermeiros 2009 art.º 83

<sup>17</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos 2008, art.º 5º, n.º 1

<sup>18</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos 2008, art.º 5º, n.º 4

<sup>19</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos 2008, art.º 33º e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 75º, n.º 2, alínea c)

<sup>20</sup> Lei de bases da saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) Base XIV

<sup>21</sup> Ibidem, Base V

<sup>22</sup> Ibidem, Base XIV

<sup>23</sup> Parecer CJ OE nº 99/2009

<sup>24</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos, 2008, art.º 41, n.º2, alínea a) a c) e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2009, art.º 83º

<sup>25</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos, 2008, art.º 41, n.º1 e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2009, art.º 83º

<sup>26</sup> Código deontológico da Ordem dos Médicos, 2008, art.º 34, n.º2, e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2009, art.º 79º, alínea b)

<sup>27</sup> Parecer CJ OE nº 99/2009

de recusar a prestação de cuidados de saúde ao utente/cuidador em causa, desde que praticados por utente/cuidador conscientes e desde que tal recusa não coloque em risco a vida e a integridade física dos mesmos, ou não exista profissional de qualificação equivalente a quem o utente possa recorrer;

Sendo o utente autónomo e que deu o consentimento para ser acompanhado pela ECCI, deverá ser questionado, no sentido de compreender qual a sua vontade e dar-lhe a possibilidade no respeito pela sua autonomia na tomada de decisão a revogação do consentimento, se for o caso, com vista à alta a pedido. Caso a decisão do utente seja a revogação do consentimento informado, o profissional de saúde deverá, simultaneamente, diligenciar para que a pessoa não fique sem cuidados, assegurando o respetivo encaminhamento para a Unidade de saúde a que o utente pertence ou outra unidade prestadora de cuidados de saúde se for o caso, e comunicando pelas vias competentes e em tempo útil a sua decisão.

Salvaguardamos que a intervenção do profissional de saúde depende, das circunstâncias concretas de cada caso, sendo o profissional de saúde, responsável pelos seus atos (de ação ou recusa).

Aprovado em reunião da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P. do dia 7 de outubro de 2014, por unanimidade.

Deliberado autorizar pelo Conselho Diretivo da ARS Norte, I.P. em reunião de 12 de janeiro de 2015.

