

PARECER Nº 69/2011

Sobre a possibilidade de interromper visitas domiciliárias de enfermagem

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 69.11CES, com base na mensagem de correio eletrónico, datada de 30/06/2011, enviada pela Enf.ª (...), onde é solicitado parecer sobre a possibilidade de caber ao profissional de enfermagem decidir a interrupção das visitas domiciliárias, requeridas por utentes ou prescritas por médico de família, para o que relata dois casos reais.

A.2. O texto da exposição é o seguinte:

«Caros Senhores,

«Vimos por este meio solicitar a Vs. Exs. parecer relativamente às seguinte situações:

«- um utente inscrito na USF [Unidade de Saúde Familiar] (...) com prescrição de anticoagulante injetável [subcutâneo] diário durante 18 dias solicitou visita domiciliária de Enfermagem para administração da terapêutica. No momento da visita domiciliária a utente refere que a filha (não vive em casa dos pais) lhe administra a medicação aos fins de semana e feriados e que, diariamente, lhe presta os cuidados de higiene. Foi questionada acerca da possibilidade de a filha dar continuidade ao tratamento, tendo sido recusado pela utente.

«Nesta situação, poderá o Enfermeiro dar alta à visita domiciliária?»

«- utente com (...) anos, que apresenta ferida num membro inferior por Erisipela, após internamento na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital, solicita tratamento da ferida no domicílio.

«Antecedentes: Diabetes Mellitus não insulino dependente tratada desde (...), uso do tabaco, obesidade mórbida (IMC= 64) [Índice de Massa Corporal], hipertensão arterial, perturbação depressiva em (...), neoplasia maligna dos brônquios/pulmão em (...).

«Os tratamentos à ferida foram prestados no domicílio pela Enfermagem desde o momento da alta hospitalar (...).

«Sempre que existiu necessidade de tratamento da ferida no fim de semana a utente dirigiu-se, autonomamente, ao Serviço de Atendimento a Situações Urgentes localizado no mesmo edifício da USF. As consultas médicas (vigilância da Diabetes, prescrição de antibiótico devido a infeção da ferida) foram efetuadas na USF à qual a utente se dirigiu autonomamente. A utente foi visualizada, por uma das Enfermeiras que lhe prestavam cuidados domiciliários, na rua acompanhada de carro de compras, sozinha, caminhando de forma autónoma. Quando a Enfermeira de Família e a Enfermeira de Referência da utente lhe propuseram comparecer na USF para realização de tratamento à ferida esta recusou, atitude reforçada pelas irmãs da utente.

«A médica de família reforçou a necessidade de visita domiciliária de Enfermagem para tratamento da ferida, emitindo guia de tratamento ao domicílio.

«De (...) a (...) a utente foi hospitalizada por presença de MRSA [Methicillin-resistant Staphylococcus aureus] na ferida.

«De (...) a (...) a utente foi novamente hospitalizada por linfedema no membro inferior contrário com ferida (que já vinha a ser tratada pelas Enfermeiras referenciadas acima) e contaminação bacteriana da mesma, implicando tratamento a nível hospitalar.

«De acordo com informação, através de contacto telefónico com uma Enfermeira do Serviço

de Medicina onde a utente esteve internada em Junho, esta realizou autonomamente as atividades de vida diária sem necessidade de auxílio, incluindo a marcha pelo Serviço e pelo Hospital.

«A ferida do membro inferior direito cicatrizou a (...) e a ferida do membro inferior esquerdo a (...). Os tratamentos das feridas foram sempre efetuados no domicílio, por indicação da médica de família.

«A (...) foi entregue à utente guia de transporte para realização de tratamento à ferida na USF, com agendamento ao qual a utente faltou.

«A utente interrompeu a antibioterapia oral, por iniciativa própria, diversas vezes ao longo do tratamento, assim como, por várias vezes as referidas Enfermeiras constataram intervenção da utente no penso aplicado nas feridas.

«A única visitação domiciliária efetuada pela médica de família ocorreu a (...).

«Poderá o Enfermeiro, mesmo com guia de tratamento emitida pela médica, dar alta ao tratamento domiciliário e orientar a utente para a USF para continuidade do tratamento de feridas?»

«Agradeço desde já a atenção dispensada por VS. Exs.
Com os melhores cumprimentos, (...)/Enfermeira»

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. O ensino ao doente ou aos familiares de técnicas de administração subcutânea de medicação é competência dos profissionais de enfermagem e consagra uma etapa importante da autonomia da pessoa doente. É, igualmente, boa prática manter uma adequada vigilância da execução dos atos ensinados, assegurando uma responsabilização partilhada (no sentido de que nunca é completamente transferida).

Por outro lado, a participação do doente ou dos seus familiares na administração de injetáveis, ainda que adequadamente ensinada, deve ser sempre considerada como voluntária. Nesse sentido, não parece caber aos profissionais exigir explicações para a recusa de participação ou fazer juízos de valor às explicações dadas. Ao contrário, cabe-lhes desenvolver capacidades de convencimento e proporcionar informação suficiente para que essa participação ocorra.

B.2. Os doentes têm direitos e deveres que estão consagrados em vários diplomas legais e resumidos na Carta de Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pela Direção-Geral da Saúde. Os direitos citados na Carta, todavia, não estão diretamente dependentes do cumprimento dos deveres referidos na mesma. Assim, se um doente não *“zelar pelo seu estado de saúde”*, não *“fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento”*, não *“respeitar os direitos dos outros doentes”*, não *“colaborar com os profissionais de saúde”*, não *“respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde”* e não *“utilizar os serviços de saúde de forma apropriada”*, ele pode incorrer em prejuízos para a sua saúde mas não lhe pode ser restringido, por isso, o direito *“a ser tratado no respeito pela dignidade humana”*, *“ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas”*, *“a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde”*, *“à prestação de cuidados continuados”*, *“a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes”*, *“a ser informado sobre a sua situação de saúde”*, a *“obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde”*, *“a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico”*, *“à confidencialidade de toda a*

informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam”, ao “acesso aos dados registados no seu processo clínico”, “à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico” e “a apresentar sugestões e reclamações” (1).

A não existência de sanções e consequências expressas para o incumprimento de deveres próprios da condição de doente ou de utente dos serviços de saúde, contudo, não significa que se aceitem com indiferença comportamentos de incumprimento de deveres cívicos ou desrespeitadores das leis. Além disso, é lícito que certos tipos de serviços prestados a pessoas reiteradamente incumpridoras dos seus “deveres de doente” possam ser descontinuados invocando o princípio da justiça na afetação de recursos.

Deste modo, feitos os devidos apelos ao cumprimento dos deveres, esgotadas as diligências e as explicações adaptadas às circunstâncias, os profissionais têm o dever ético de participar às hierarquias e de levar à discussão no seio das suas equipas, as situações que possam justificar a descontinuidade da prestação de um serviço por manifesta falta de cooperação do seu destinatário.

B.3. Tais discussões e as subsequentes decisões não de ter em consideração os princípios éticos da igualdade e do acesso equitativo aos cuidados de saúde (previstos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2) e na Convenção [de Oviedo] para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (3), e aliás já citados no Parecer n.º 35/2011 desta CES (4)) pois importa que se não desperdicem recursos em situações desnecessárias ou que se procure obter o mesmo resultado com menos custos. Os recursos são finitos e interessa, numa perspetiva ética, identificá-los, assim como conhecer as necessidades e seguir regras de conduta adotadas. Assim, é desejável que estejam definidos, e sejam conhecidos, os critérios da prestação de cuidados de saúde em contexto de domicílio, tendo em conta *i)* as limitações físicas, económicas ou outras, de cada utente; *ii)* os riscos para o utente que a sua deslocação possa acarretar; *iii)* os riscos para terceiros que deslocação do utente possa desencadear; *iv)* os recursos (físicos, humanos e económicos) disponíveis.

B.4. A Convenção de Oviedo também preconiza, no seu artigo 4.º, que «qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efetuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto». É, pois, conveniente que, na presença de eventuais conflitos nos âmbitos de atuação de grupos profissionais, haja uma busca constante de consensos, atendendo às respetivas autonomias e competências técnicas, e recorrendo, se necessário, ao Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde (art.º 26.º, *i)* do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro) (5).

C – CONCLUSÕES

Face ao exposto esta CES é de parecer que:

C.1. Uma visita domiciliária não deve ser interrompida invocando falta de participação de familiar na administração subcutânea de medicação, mesmo que este a saiba fazer e a faça ocasionalmente;

¹ Direção Geral da Saúde - <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716%20AAAAA%20AAAAA>

² UNESCO - <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

³ Assembleia da República - <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

⁴ ARSN - http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Parecer_CES_35_2011.pdf

⁵ Ministério da Saúde - <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/03800/0118201189.pdf>



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

4/4

C.2. A eventual interrupção de visita domiciliária, justificada pela falta de cumprimento dos deveres próprios de doente, deve ser discutida no seio da equipa de saúde familiar e decidida pelo órgão de coordenação ou direção adequado.

Aprovado em reunião do dia 15 de julho de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN