



## DECLARAÇÃO

**Maria do Céu Patrão Neves**

Não tendo estado presente na reunião plenária em que se procedeu à revisão final do Parecer e à sua respectiva aprovação e, por isso, não tendo tido oportunidade de apresentar a minha posição sobre três temas focados no Parecer sob os quais tenho algumas reservas, nem assim tendo sido possível sujeitar os meus argumentos à discussão *inter pares*, considero pertinente abordar aqueles temas sob a forma de declaração. São eles:

### 1. Autonomia

Subscribo a crítica expressa no Parecer ao modo como o Projecto de Lei nº 768/X perspectiva a “autonomia”. Porém, não partilho a visão da “autonomia” que o Parecer implicitamente apresenta ao admitir a prática de “um paternalismo absoluto exercido por vezes com a cumplicidade da própria família” ou ao inscrever a “autonomia” na esteira da “responsabilidade médica e o exercício de beneficência exigem respeito pela dignidade do doente e, portanto, da sua autonomia”.

A introdução do princípio da autonomia no contexto da prestação de cuidados de saúde foi determinante para a quebra da hegemonia do princípio da beneficência e para a decorrente tendência para o estabelecimento de relações simétricas no âmbito do encontro clínico.

Reproduzindo o movimento pendular comum às dinâmicas sociais e humanas, a autonomia veio a ganhar um estatuto hegemónico bastante prejudicial para os profissionais de saúde, que converte em funcionários despojando-os do sentido de missão, e para as pessoas doentes, que abandona à sua própria vulnerabilidade.

T. Beauchamp e J. Childress (1979), frequente e equivocadamente apontados como defensores da primazia do princípio da autonomia, admitem, pelo contrário, diferentes formas de paternalismo em diferentes situações específicas; e E. Pellegrino e D. Thomasma (1988) defendem a necessidade de fazer convergir a beneficência e a autonomia no que designam por “beneficência em confiança”.



## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

---

A maior dificuldade está em manter o equilíbrio entre a beneficência e a autonomia, um ponto intermédio que não é geométrico mas adequado a cada pessoa, específico a cada encontro clínico. Este, uma vez que constitua uma genuína relação de confiança, não deverá enfrentar dilemas éticos entre a preponderância do princípio da beneficência e o da autonomia.

A confiança, essência da relação ética na prestação de cuidados de saúde, não se conquista com o primado da autonomia, mas também não se confunde com a hegemonia da beneficência.

### 2. Acesso ao Processo Clínico

Subscrevo a afirmação de que “o modo como o doente deverá ter acesso ao processo clínico carece de uma cuidadosa avaliação”, na medida em que considero que a pessoa pode ter acesso ao seu registo clínico, como dados que se lhe reportam, e que para tal será de toda a conveniência ser acompanhada por um profissional de saúde, que interprete correctamente os dados na situação clínica específica e para aquela pessoa em particular.

Não obstante, também acolho favoravelmente a distinção feita entre os dados laboratoriais obtidos para diagnóstico e/ou prognóstico, pertença da pessoa doente, e o processo clínico como instrumento ou documento de trabalho dos profissionais de saúde, desde que exista uma efectiva e ampla comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa doente. Num contexto de genuína e franca comunicação entre ambos, a pessoa doente não sentirá necessidade de consultar o seu processo clínico; porém, quando a comunicação é escassa e distante, o doente, sobretudo aquela que possui um nível de instrução superior, tenderá a procurar as informações de que carece pelos meios que conseguir implementar, nomeadamente a consulta do seu processo clínico. No desejado contexto de comunicação entre médico e doente, também este não se retrairá em, quando a ocasião o justifique, apresentar o processo clínico ao segundo.

### 3. Privilégio terapêutico

O art.º 5º do Projecto de Lei nº 768/X reitera o “privilégio terapêutico” e o Parecer afirma tratar-se de “uma das matérias mais delicadas de ética médica” não apresentando, por isso, qualquer posição sobre o tema.



## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

---

O “privilégio terapêutico” tem vindo a ser suprimido de vários códigos de ética médica, nas últimas décadas, como traço de uma fase de hegemonia do princípio da beneficência, o qual se espera seja hoje articulado com o princípio da autonomia. Também eu considero que, como norma, o “privilégio terapêutico” deveria ser abolido, ainda que admita a ocorrência de situações em que a excepção se justificará.

Com efeito, o “privilégio terapêutico” não só impede que a pessoa doente tenha acesso à informação que lhe diz respeito (sob o argumento que esta lhe seria mais prejudicial do que benéfica), contrariando o “direito a saber a verdade”, mas impede igualmente o exercício do “direito a não querer saber a verdade”.

Mais uma vez, em relação a este tema a questão fundamental radica na comunicação ou, mais especificamente, no desenvolvimento dos procedimentos adequados para a transmissão da informação, sobretudo das “más notícias”. A opção não se reduz ao dizer imediatamente toda a verdade ou ao simplesmente não prestar qualquer informação. Existem técnicas de desvendamento lento e progressivo das “más notícias” que concedem à pessoa doente tempo e condições para ir reagindo à informação e assim evidenciando se tem efectivo desejo de saber e capacidade no momento para assimilar o que lhe vai sendo transmitido.

A recusa da informação é uma prerrogativa da pessoa doente, mas a ocultação da mesma não deverá ser um privilégio do médico (principalmente quando é do conhecimento comum que, no serviço público de saúde, o médico assistente tem uma relação curta e superficial com os doentes, excepto, eventualmente, no caso dos médicos de família).

Em termos gerais, reitero a apreciação crítica negativa que o Parecer formula ao Projecto de Lei nº 768/X.

Maria do Céu Patrão Neves