

## **QUANDO O DOENTE RECUSA... REFLEXÃO SOBRE OS DIREITOS DO IDOSO WHEN THE PATIENT DENIES... REFLECTION ON THE RIGHTS OF THE ELDERLY PATIENT**

### **Sofia Rodrigues**

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Novo Sentido, ACeS Porto Oriental  
sofiarodrigues.b@gmail.com  
Telemóvel: +351 934236243

### **Darcília Eusébio**

Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar na USF Novo Sentido e na ECCI de Campanhã, ACeS Porto Oriental  
eusebiodarcilia@gmail.com  
Telemóvel: +351 927996216

Unidade de Saúde Familiar Novo Sentido  
Unidade de Cuidados Continuados de Campanhã  
Rua Matias de Albuquerque, 263  
4350-230 Porto – Portugal

*Fecha de recepción: 15/10/2014  
Fecha de aceptación: 16/10/2014  
Fecha de publicación: 05/11/2014*

### **RESUMO**

#### **Introdução**

A vontade manifesta pelo doente é um vetor de afirmação dos seus direitos individuais. O direito à recusa é uma expressão concreta da liberdade biopsicossocial do doente.

Objetivo: Reflexão crítica do tema, através da partilha de um caso clínico.

#### **Descrição do Caso Clínico**

Idosa, 74 anos, independente nas atividades da vida diária, vive só (viuvez recente). Diabetes mellitus tipo 2 com retinopatia e neuropatia. Proposta amputação do pé esquerdo por úlcera extensa com osteomielite, que recusou.

Orientada para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Campanhã. Quadro agravado com posterior diagnóstico de endocardite bacteriana. A equipa multidisciplinar da ECCI, Psiquiatria e Delegada de Saúde interviram para envolver a utente numa decisão informada. Pela recusa sistemática às propostas de orientação e tratamento, e tendo a sua capacidade de decisão sido considerada preservada, foi respeitado o seu direito fundamental de recusa.

#### **Discussão/ Conclusão**

Até onde podemos ir? A recusa de assistência médica, particularmente no doente idoso, pode ser reflexo da sua vulnerabilidade individual, e carece de sinalização e intervenção personalizada. O dilema ético ambivalente e dual na perspetiva – o direito da utente em recusar e o dever dos profissionais de saúde em aceitar a recusa, respeitando o princípio ético da autonomia, versus o princípio da beneficência.

**Palavras – chave:** Direitos e deveres do utente, profissional de saúde, princípios éticos, *leges artis*.

### **ABSTRACT**

#### **Introduction**

Patient's will is a vector through which he/she claims his/her individual rights. The right to "denial" is a practical expression of freedom of choice, biological, psychological and social, altogether.

Objective: Critical reflection on patient's will through a clinical case.

#### **Description of the Clinical Case**

Elderly woman, 74 years old, short-time widowhood, independent for daily life activities. Type 2 Diabetes Mellitus, retinopathy and neuropathy. Proposed left foot amputation due to extensive foot ulcer complicated by osteomyelitis, which the patient refuses.

The patient was flagged for domiciliary healthcare, provided by a team of integrated continuous domiciliary care healthcare professionals from Campanhã. The clinical set was complicated by the development and diagnosis of acute bacterial endocarditis.

The ECCI team, psychiatrist and public health practitioner intervened in an effort to involve the patient in a well-informed decision. Because of the patient's persistent denial of orientation and care, and after confirming her mental suitability to make such a decision, her freedom of choice was respected.

### **DISCUSSION/Conclusion**

How far should we go in healthcare? Refusal of medical assistance, specifically by the elderly patient, might be a sign of vulnerability and requires specific orientation and customized intervention. The ethical dilemma is paradoxical – the patient's right to denial and the duty of healthcare professionals to accept it, which represent respect for ethical principle of autonomy, versus the principle of beneficence.

**Keywords:** Patient's rights and duties, healthcare professional, ethical principles, *leges artis*.

### **INTRODUÇÃO**

A vontade manifesta pelo doente é um importante vetor de afirmação dos seus direitos individuais, reforçando o seu sentimento de autodeterminação e independência face a intervenções médicas.<sup>1,2</sup> É direito fundamental do doente adulto, competente, a recusa de um tratamento ou intervenção, após esclarecimento fornecido pelo profissional de saúde, nomeadamente das consequências dessa decisão, respeitando-se a sua decisão informada. Nenhum tratamento deve ser imposto coercivamente. É hoje universalmente considerado que o direito à recusa é uma expressão concreta da liberdade biopsicossocial do doente.<sup>2</sup> O dever basilar, dos profissionais de saúde, de prestar cuidados de saúde, não pode ser concebido como restrição legal do direito de autodeterminação do doente.<sup>3</sup>

Este trabalho tem como objetivo a reflexão crítica deste tema controverso, particularmente a questão do direito do idoso, através da partilha de um caso clínico de recusa sistemática de cuidados de saúde, avaliado em intervenção multidisciplinar.

### **DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO**

Utente com 74 anos, independente nas atividades da vida diária, reformada (costureira), viúva há 7 meses, reside sozinha, em habitação alugada com condições precárias. Tem um filho, casado, professor, que mora numa freguesia próxima, mantendo um contacto regular com a mãe.

A utente evidencia manifesto incumprimento terapêutico e resistência à adesão e orientações médicas. Escassas consultas de vigilância na Unidade de Saúde Familiar (USF) a que pertence. Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há cerca de 1 ano, em contexto de estudo analítico de rotina, medicada com antidiabéticos orais, apresentando mau controlo glicémico e atingimento de órgãos-alvo (retinopatia diabética e neuropatia sensitivo-motora distal). Apresenta úlcera extensa do pé esquerdo com meses de evolução, desvitalizada e necrótica. Foi internada no Hospital de São João (HSJ) por agravamento da lesão ulcerada do pé com osteomielite subjacente; com indicação para amputação que a utente recusou, tendo tido alta contra parecer médico. Manteve-se sem queixas álgicas e autónoma nas atividades da vida diária, sem limitação significativa, ainda que mais confinada ao domicílio por dificuldade em usar calçado.

Foi orientada para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Campanhã, pelo seu médico de família, por necessidade de cuidados diários de penso, que cumpria de forma irregular na USF. A ECCI iniciou a sua intervenção, mantendo o intuito de orientá-la para a intervenção cirúrgica premente e incentivou-se o cumprimento da medicação, sem sucesso. Verificou-se frequente manipulação dos pensos e registaram-se alguns episódios de recusa em abrir a porta para assistência e cuidados. Dado o contexto de viuvez recente, discurso e atitudes não coerentes, a equipa começou a questionar a saúde psíquica e a capacidade de decisão da doente, e decidiu pedir uma avaliação psiquiátrica, que se mostrou inviável decorrer no HSJ, pela recusa da doente em comparecer naquela instituição. Foi feita exposição à Delegada de Saúde, que articulou com a equipa de psiquiatria do HSJ. Decidiu-se realizar uma visita domiciliária, por uma médica psiquiatra e psicóloga, para avaliação do estado psíquico da utente. Esta avaliação revelou que a utente não apresentava naquela data "quadro depressivo, nem outras alterações psicopatológicas que possam interferir na sua capacidade de decisão sobre a cirurgia proposta".

Foi também avaliada pela psicóloga da ECCI, que considerou que o motivo da recusa se prenderia com a “valorização das suas rotinas, receio da perda de autonomia, assim como crenças pessoais relativas à sua saúde e muitas reservas quanto à mais valia dos atos médicos e de enfermagem”.

Na sequência destas avaliações e na tentativa de envolver a doente na decisão de ser tratada, e para que esta percebesse a gravidade da sua situação clínica, sugeriu-se-lhe a avaliação por uma outra equipa hospitalar. Articulou-se com a Consulta do Pé Diabético do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA – CHP), que observou a utente e propôs tentativa de tratamento médico em internamento, que a utente recusou. Uma semana depois, por iniciativa própria, a utente recorreu à Consulta do Pé Diabético do HSA – CHP e aceitou o internamento proposto. Realizaram drenagem e desbridamento cirúrgico da lesão ulcerada e foi iniciada antibioterapia endovenosa. Não se procedeu à amputação, conforme vontade da utente. Neste internamento, o estudo realizado para identificação e estadiamento clínico de fatores de risco associados revelou uma provável endocardite bacteriana, do folheto anterior da válvula mitral, que não foi confirmada porque a utente desautorizou a realização dos exames auxiliares de diagnóstico necessários. Apesar de explicada a gravidade da doença cardíaca infecciosa, a doente recusou o estudo complementar proposto, assim como a continuidade de cuidados em internamento, tendo tido alta contra parecer médico sob antibioterapia oral de largo espectro e insulinoaterapia. Reorientada para a ECCI de Campanhã, que continuou a realizar os tratamentos diários e que rapidamente constatou o incumprimento terapêutico.

Neste impasse de ausência total de colaboração em todas as propostas de orientação e tratamento, a ECCI, após vários esforços de articulação multidisciplinar, decide aceitar a vontade da utente, dado a sua capacidade de decisão ter sido considerada preservada. A doente deixou de reunir critérios para continuar sob os cuidados da ECCI, pelo que foi reencaminhada para a sua USF de origem, para manutenção de cuidados de penso e tentativa de cumprimento terapêutico.

As condições habitacionais muito precárias, com francos sinais de degradação e múltiplos riscos para a integridade física da utente, levaram a que a ECCI notificasse o caso à Saúde Pública.

## DISCUSSÃO

O Juramento de Hipócrates, consagra o princípio de beneficência,<sup>4</sup> cuja definição recai exclusivamente sobre o médico, não contemplando a vontade e o livre arbítrio do doente para decidir. A relação médico-doente, está a evoluir para a adaptação à crescente autonomia do doente, sem prejudicar o efeito da relação empática e de confiança mútua.<sup>5</sup>

São deveres do doente zelar pelo seu estado de saúde, colaborar com os profissionais e respeitar as regras de funcionamento das instituições de saúde.<sup>1,6</sup> São direitos do doente dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico, após ter sido corretamente informado.<sup>1,6</sup> Este consentimento pode ser presumido apenas em situações de emergência e, em caso de incapacidade, devendo este direito ser exercido pelo seu representante legal.<sup>1,6</sup>

No plano dos direitos fundamentais, reconhece-se o direito à recusa de tratamentos médicos, mesmo que esta surja como irrazoável, e possa provocar uma lesão grave e irreversível ou mesmo a morte. Este direito assenta quer na liberdade de consciência<sup>7</sup> quer no direito à integridade física e moral,<sup>8</sup> quer ainda na liberdade religiosa.<sup>7</sup> A recusa é a outra face do consentimento, pelo que também tem de ser informada e é importante que o doente compreenda as consequências da sua recusa.<sup>9</sup>

No âmbito da União Europeia destaca-se a consagração expressa do direito ao consentimento livre e esclarecido na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.<sup>10</sup> Em todos os países europeus, o doente tem o direito a ser esclarecido para tomar uma decisão informada sobre o tratamento proposto, consentir ou recusar, constituindo-se a expressão mais clara do princípio da autonomia.<sup>11</sup> Nos casos de recusa de assistência médica, o profissional de saúde ou instituição pode pôr em causa a decisão do utente, questionando a sua competência para tomar decisões, quando, pela natureza da doença ou distúrbio psiquiátrico ou de comportamento, existe um risco grave para o próprio, ou para os que o rodeiam.<sup>12, 13</sup>

O direito à autonomia, pressupõe, intencionalidade, compreensão da situação e ausência de fatores externos coercivos que influenciem a decisão.<sup>11,14</sup> É dever do médico, ou profissional de saúde, averiguar as causas da recusa de assistência médica, informar o doente adequadamente, quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como as suas consequências e riscos, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, para permitir ao utente uma opção esclarecida entre receber ou recusar os cuidados de saúde propostos, que pode ser revogada livremente pelo mesmo, a qualquer momento.<sup>6,15,16</sup> São estratégias plausíveis, o agendamento de um próximo contacto ou consulta, demonstrando preocupação e disponibilidade,<sup>17</sup> não deixando o profissional, de acordo com o princípio da beneficência, de respeitar a preferência do doente devidamente informado.<sup>11,17</sup>

No caso reportado, a doente recusou sistematicamente todas as propostas de seguimento e tratamento, tendo sido respeitado o seu direito fundamental de autonomia. Perante a incoerência de comportamento demonstrada durante a intervenção da ECCI e o seu contexto pessoal de

vulnerabilidade agravado pela vividez recente, sem possibilidade de exclusão inequívoca de diagnóstico do foro psiquiátrico, questionou-se a capacidade da doente para tomar a decisão de recusa de tratamento, pelo que se procedeu à avaliação da sua saúde psíquica e capacidade decisora. A utente foi considerada competente, pelo que a sua vontade, contrária ao princípio da beneficência, foi respeitada, preservando-se a sua autonomia e autodeterminação.

### **CONCLUSÃO**

Este é um caso-exemplar desta problemática que suscita uma reflexão transversal sobre os motivos da recusa de assistência médica, na faixa etária específica do doente idoso e sobre a urgente necessidade de soluções mais ajustadas e centradas no doente com vulnerabilidades individuais. Por vezes, são estas vulnerabilidades que desvirtuam o objetivo da primazia do sucesso da prática clínica, sobrepondo-se a vontade do próprio e os seus direitos individuais, mesmo que se manifestem ser escolhas em detrimento da saúde e da vida, pelo que carecem de sinalização e intervenção personalizada na tentativa de obter o consentimento do utente idoso com fragilidades.

### **AGRADECIMENTOS**

Sentido reconhecimento e agradecimento à ECCL de Campanhã, pela oportunidade de acompanhar este caso, que me permitiu perceber a importância do trabalho em equipa de intervenção multidisciplinar. À pessoa que motivou toda esta reflexão, a doente.

### **BIBLIOGRAFIA**

Direção Geral da Saúde (1998). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005). UNESCO.

Constituição da República Portuguesa, nº 1, Artigo 64.

Juramento de Hipócrates, versão atualizada em 1983.

Serrão, D., et al. (1998). Recomendações para uma Reforma Estrutural, Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Ministério da Saúde, p. 40.

Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, Consolidação pela Lei 15/2014, de 21 de março de 2014. Diário da República, 1ª série, nº 57.

Constituição da República Portuguesa, nº 1, Artigo 41

Constituição da República Portuguesa, nº 1, Artigo 25.

Entidade Reguladora da Saúde (maio 2009). Consentimento Informado – Relatório Final.

Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, proclamada em 7 de dezembro de 2000. Jornal Oficial da União Europeia (30 de março de 2010).

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. 5th Ed., Oxford University Press.

Barreto, J. (1996). Doença Psíquica. In Archer L., Biscaia J. & Osswald W., Eds., Bioética, pp. 314-323, Editorial Verbo, Lisboa.

World Psychiatric Association: Declaration of Madrid, 1996.

Roque, C. (1996). Ética e Religião. In Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W., Eds., Bioética, Editorial Verbo, Lisboa.

Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Artigo 44º, Regulamento nº 14/2009, da Ordem dos Médicos, Diário da República, 11 de janeiro de 2009, nº 8, 2ª série.

Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (1997). Conselho da Europa. Resolução da Assembleia da República nº 1/2001.

Jonsen, A. R., Siegler, M. & Winslade, W.J. (1999). Recusa competente de tratamento. In Ética Clínica. Uma Abordagem Prática de Decisões Éticas em Medicina Clínica. 4ª Ed., McGraw-Hill, Lisboa.