

A Responsabilidade civil contratual e extracontratual do profissional de saúde; a Responsabilidade do Estado e de outros Entes Públicos; a Responsabilidade dos Estabelecimentos Particulares de Assistência pelo Pessoal ao seu Serviço. O profissional de saúde integrado em equipa."

Jorge Sinde Monteiro (Professor Catedrático da FDUC);

Lucília Nunes (Professora, CNECV –ESS);

Moderador: Álvaro Rodrigues (Juiz Conselheiro - STJ)

Responsabilidade do profissional de saúde – esfera de acção, enquadramento[s] e contexto[s].

Lucília Nunes

Sumário

Notas prévias e de estrutura [opção por enunciados].

1. Do[s] território[s] da Saúde.

- 1.1. Saúde como uma condição decisiva para o desenvolvimento do plano de vida de cada pessoa.
- 1.2. Saúde como área de intervenção multiprofissional.
- 1.3. Direitos das pessoas a aceder a cuidados de saúde e a tomar decisão sobre o que lhes é proposto.

2. Das profissões da Saúde.

- 2.1. Escopo de autoregulação - deontológico e profissional. Papel das Ordens.
- 2.2. Tomada de decisão clínica e ética em ambientes de complexidade e incerteza.
- 2.3. Responsabilidade profissional disciplinar – Deveres, *Leges artis* e *best practices*.

3. Da acção em contexto

- 3.1. Juízo sobre o realizado - enquadramento deontológico e profissional, apreciação do contexto e fundamentação do agir.
- 3.2. Trabalho dos profissionais de saúde requer cooperação - colaboração, equipa e rede.
- 3.3. Formação de equipas de elevado desempenho.
- 3.4. Distinção de cada um num contexto de atuação de equipa.

Notas prévias:

- i. Agradecimento ao CEJ, na pessoa do seu presidente, pela proposta ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- ii. Reconhecimento dos contributos de outras áreas, em particular para um olhar ético e bioético, uma pluralidade de olhares que é necessária e vital, para um campo tão humano como é o da saúde;
- iii. A estrutura que escolhemos parte do suposto que existe uma estrutura proposicional do nosso conhecimento – pois que, de acordo com Habermas, “as opiniões podem ser representadas na forma de enunciados”¹ e o conceito de racionalidade pode ser entendido “como uma disposição dos sujeitos capazes de linguagem e de acção que se expressa ou se manifesta em formas de comportamento para os quais existem boas razões ou fundamentos”². Assim, apresentamos três partes:
 - Do[s] território[s] da Saúde, numa perspectiva macro,
 - Das profissões da Saúde, em torno das questões mais específicas do enquadramento da deontologia e da disciplina e
 - Da acção em contexto, eventualmente a abordagem mais concreta.
- iv. Nestas partes, apresentam-se enunciados, sendo expectável que sejam examinados – quer na perspectiva do discurso teórico, do discurso prático de expressão ético-moral e da crítica; procuraremos caminhar do território mais amplo para o mais concreto, pelo que os enunciados partem da área da saúde, para as profissões da saúde, a esfera de acção e responsabilidade do profissional de saúde bem como o contexto multiprofissional e trabalho em equipa. Cada enunciado tem desenvolvimento e fundamentação associada, sendo que uns serão mais pacíficos e outros mais inquietadores ou de eventual divergência intelectual. A distribuição é de 3 enunciados no primeiro tópico, três no segundo e quatro no terceiro.

¹ HABERMAS, Jürgen - *Theory of Communicative Action: Reason and the Rationalization of Society* v.1: *Reason and the Rationalization of Society*. Cambridge: Polity Press, 1997. p.01.

² Idem, p. 22

1. A saúde é uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento do plano de vida de cada pessoa.

1.1. Cada projeto, individual ou colectivo, supõe um estado e um processo em que cada pessoa procura o equilíbrio e o bem estar, atendendo às vertentes física,

emocional, sociocultural e espiritual. A saúde tem, para cada um de nós, um significado próprio e cada um tem uma representação mental do seu estado de saúde. Existe uma relação próxima com a concepção de qualidade de vida e entende-se como um bem humano, em sentido amplo. Por isso, poderá pensar-se que os cuidados de saúde são especiais. Uns concordarão com esta afirmação pela sacralidade, outros pelo usufruto e fruição da vida, outros pela utilidade ou funcionalidade social, ou, ainda, numa óptica economicista porque envolvem grandes quantias de dinheiro (tanto na prestação direta como na segurada).

1.2. Mesmo partindo da consagrada definição da OMS, «Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças», percebemos que a sua formulação concreta é relativa e que diz respeito a uma capacidade individual de satisfazer as exigências do seu/nosso particular tipo de vida. Hoje vai-se configurando a saúde em sentido alargado, das dimensões pessoais de estado e percepção de saúde, à preocupação com a saúde em sentido coletivo, que atravessa as políticas do urbanismo ou do ambiente. Procuramos que os nossos atos sejam salutogénicos, promotores do bem estar físico, emocional, espiritual, cultural, mental e também do ambiente que nos envolve, em sentido próximo ou global. De qualquer forma, ao olhar a realidade de organização dos serviços de saúde, tem sido gritante tanto o modelo hospitalocêntrico como a centralidade na doença. É preciso centrar na saúde, mais do que sucumbir exclusivamente à tentação da doença e das situações-limite, e ter em conta os diversos entrelaçamentos com a educação, com os hábitos de vida, com as condições do trabalho, com a cidadania, com o ambiente. Este sentido afetará a ação das equipas de saúde, que intervêm no sentido de promover e proteger a saúde (prevenção primária), prevenir e tratar a doença (prevenção secundária) e promover a reabilitação e a reinserção social (prevenção terciária) ou acompanhar os processos de morrer (cuidados paliativos).

1.3. O conceito de saúde, como outros, reflete a cultura da sociedade, partilhada pelos seus membros, espelhando a variedade de contextos da experiência humana. A saúde e a doença são consideradas processos mais do que estados, fazendo parte integrante da vida, do espaço que medeia entre o nascimento e a morte. Assiste-se, como afirmava Ricoeur, ao redesenhar da saúde, cada vez menos associada à normalidade do corpo e cada vez mais ligada à normatividade da pessoa, à capacidade de cada um para levar a cabo um projeto de saúde, um compromisso com a existência. Nesta concepção,

coloca-se uma determinada perspectiva do humano, da saúde e da vida assim como do normal e do patológico, expressão de vulnerabilidade em si mesmo, e igualmente digno de estima e de respeito³.

2. Entende-se a Saúde como área de intervenção multidisciplinar que visa assegurar as respostas às necessidades das pessoas.

2.1. Os cuidados de saúde são, atualmente, a expressão de cuidado profissional e institucionalizado, garantido a todos, em Portugal, por via da Constituição da República Portuguesa, que no Artigo 64 prescreve o *direito à protecção da*

saúde. Porém, essa garantia confronta-se com a complexidade das dimensões política, económica e jurídica deste direito⁴ - melhor dizendo tem sido predominante a leitura económica, em dois eixos principais: o controle das despesas e o aumento do financiamento. Face à complexidade da questão da saúde percebe-se que «(...) as questões que se levantam não podem deixar de ter a sua raiz na ética tal como a sua plena adequação prática a tem na esfera do entendimento que a sociedade tem de si própria e do ordenamento político e jurídico com que se dota. Desde o nível das decisões pessoais – quanto à própria saúde ou aos cuidados de saúde a prestar a outros – até às decisões relativas à sociedade e às suas estruturas, encontram-se zonas problemáticas onde se inscrevem interrogações do domínio dos fundamentos éticos.»⁵

2.2. É particularmente para a dimensão ética deste direito - que se pode traduzir no direito ao acesso e ao melhor cuidado – que olhamos. Eventualmente, estaremos todos de acordo que a saúde se atravessa na nossa atenção, da protecção à reabilitação e reinserção, sendo que as ações dos sistemas de saúde têm os objectivos primários de promover ou proteger a saúde. Como se afirma na Convenção Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), há uma relação entre responsabilidade social e saúde

1. “A promoção da saúde e do desenvolvimento social em benefício dos respectivos povos é um objectivo fundamental dos governos que envolve todos os sectores da sociedade.
2. Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opções políticas e condição económica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar: (a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, **porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano**; (b) o acesso a alimentação e água adequadas; (c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam; (e) a redução da pobreza e do analfabetismo.” (*o negrito é nosso*) [Artº 14º]

³ RICŒUR, Paul - *Le Juste* 2, p.218.

⁴ CNECV - Parecer 14/CNECV/95, *Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde*, § 19.

⁵ Idem, § 3.

- 2.3. Um dos elementos centrais associados ao campo da Saúde é o da confiança⁶ – e se a confiança alicerça as relações sociais, no geral, no caso da saúde em particular associam-se a vulnerabilidade das pessoas, o seu estado de necessidade e as assimetrias de informação, bem como os elementos de incerteza e risco. A confiança é importante na relação das pessoas com os profissionais, entre os profissionais e ao nível institucional. Nota-se, todavia, uma mudança nas relações estabelecidas que, tendendo a alterar o modelo de confiança, a mantém como elemento-chave. A mudança de uma confiança pessoal para uma confiança institucional; do declínio da autoridade unipessoal para a participação dos cidadãos e mais informação (que pode requerer descodificação da informação a que os cidadãos acedem); da decisão do profissional para o consentimento livre e esclarecido do cliente. Novas condições ou diferenças nos cenários decisórios, que se constituem como desafios da capacitação das pessoas e da literacia em saúde. Novas tecnologias ao serviço da saúde e padrões de cuidados estabelecidos pelos reguladores, são outras cambiantes a adicionar. Tenha-se em conta que o cidadão europeu (e português), coloca as profissões da saúde entre as cinco⁷ de maior confiança.
- 2.4. Outro aspeto relevante tem relação com os modos como se organizam os recursos existentes numa organização. Já não a um nível macro, das políticas e estratégias, mas numa espécie de nível meso (se o micro for cada unidade ou serviço) em que no seio de uma instituição prestadora de cuidados de saúde se planeia a quantidade e a natureza profissional dos recursos e se estabelecem as diretrizes para a sua distribuição – elementos que se materializam, por exemplo, nos horários do pessoal, nos horários de atendimento dos serviços. Portanto, indo além da dotação de pessoal, a forma como os recursos humanos são distribuídos e alocados, tendo em vista cumprir a missão da instituição. Na realidade, a materialização da acessibilidade das pessoas aos cuidados de saúde passa necessariamente pela existência de recursos humanos que os possam prover.
- 2.5. A Saúde é uma área de intervenção multidisciplinar – nenhum grupo profissional dá resposta cabal sózinho. E tanto podemos estar a pensar numa doença ou na vigilância de saúde. Eventualmente, o paradigma de pensamento sobre o ser humano e a sua saúde mudou, pelo que se está em fase de ruptura paradigmática, longe do tempo em que a centralidade estava no profissional médico. Aliás, esta amplitude afeta as próprias organizações, podendo nós equacionar se a elevada variabilidade de contextos de prestação de cuidados que hoje existe (como se evidencia nas unidades da RNCCI⁸, por exemplo, ou nas

⁶ ROWE, Rosemary; CALNAN, Michael – “Trust relations in health care—the new agenda”. *Eur J Public Health* (February 2006) 16 (1): 4-6. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/16/1/4.full>

⁷ A sequência é: pilotos de aviação (96%), bombeiros (95%), enfermeiros (91%), farmacêuticos (88%), médicos (87%).

⁸ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. Tem unidades de internamento (com a tipologia de Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos), ambulatório (Unidades de Dia e Promoção da Autonomia) e respostas domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos). Site da Unidade de Missão: <http://www.nccci.min-saude.pt/nccci/Paginas/ARede.aspx>

unidades funcionais dos ACES⁹) não espelha este reconhecimento que as necessidades das pessoas são diversas, aos vários níveis de prevenção e requerendo profissionais qualificados de diferente formação, quer na coordenação quer na composição das unidades. Poder-se-ia ir mais longe, e considerar que o tipo de trabalho das equipas multiprofissionais afecta a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde prestados.

3. As pessoas têm direito de aceder a cuidados de saúde e a tomar decisão sobre o que lhes é proposto.

3.1. Notemos que o cuidado é essencial à vida. Tem um traço de universalidade, aparecendo sempre, no tempo e no espaço, na organização das comunidades e sociedades humanas, com a finalidade de melhorar ou manter uma condição

ou estilo de vida, de assegurar a continuidade da vida. Tanto é preciso cuidar da vida ao longo da vida, em situação de saúde como em situação de doença, de deficiência ou fragilidade. Entendemos cuidado enquanto acto que prestamos a nós mesmos em sentido genérico; enquanto *acto de reciprocidade*, que prestamos aos outros que, de forma temporária ou definitiva, em determinado momento ou contexto, têm necessidade de ajuda (e aqui se filiam o cuidado profissional na saúde, o cuidado na relação pedagógica ou na gestão de uma empresa) e o cuidado pelo mundo, no sentido do agir, tornar em acção, a responsabilidade pelo mundo.

3.2. Na Bioética, é claro o princípio do respeito pela autonomia da pessoa. Usamos a expressão “decisão face ao que lhe é proposto” na conjunção de que as pessoas têm direito a ser informadas (ou a não querer ser) e a decidirem consentir, dissentir ou querer segunda opinião. Tal encontrou expressão inaugural na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina¹⁰ -

- *Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.*
- *Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.*
- *A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.*

3.3. Num parecer de 2010, o CNECV¹¹ “considera que as *declarações antecipadas de vontade* e o consentimento informado se fundam no princípio do respeito pela autonomia da pessoa que autoriza ou recusa uma intervenção na área da sua saúde; outros princípios, nomeadamente os da beneficência e da

⁹ ACES são agrupamentos dos Centros de saúde - Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Artigo 7.º - Unidades funcionais 1 — Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais: a) Unidade de saúde familiar (USF); b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC); d) Unidade de saúde pública (USP); e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respectiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

¹⁰ Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, Capítulo II (consentimento), artigo 5º (regra geral).

¹¹ Parecer sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. 59/CNECV/2010.

não-maleficência, não deixam também de estar presentes aquando da tomada de decisões sobre pessoas incapazes de se exprimirem”.

- 3.4. Assim, atravessamos a esfera da informação (que é um meio para o exercício de uma autodeterminação esclarecida) e do consentimento, sendo este uma condição essencial em situações planeadas, excluindo-se por via de regra, a situação de emergência, no mesmo princípio que supõe o consentimento presumido. Os profissionais têm dever de informar porque os clientes têm direito a decidir sobre si. Anotemos, por devido rigor, a situação especial do “privilégio terapêutico” que deverá ser excepcional. E quando referimos “consentimento” não estamos a mencionar uma assinatura num papel – isso seria a “burocratização” de um direito que as pessoas têm e que os profissionais devem proteger. O papel pode estar assinado e isso não quer dizer que a pessoa tenha sido informada, esclarecida nas dúvidas e validada a sua compreensão sobre o que ia ser realizado a seguir. Esta pode ser uma área delicada, pois requer que se vá além do papel e de uma cultura de burocratização dos processos, pretendendo uma verificação do cumprimento dos deveres dos profissionais, que se ancoram na proteção dos direitos das pessoas.
- 3.5. Note-se ainda uma certa diferença entre a ideia de «consentimento informado» e «consentimento livre e esclarecido», pois o que importa, mais do que ter recebido informação, é que esta seja compreendida, haja espaço ao esclarecimento de dúvidas e seja validada a compreensão da informação facultada. Acresce ainda que quando dizemos «consentimento» parece existir uma certa representação de um «dizer sim», quando o que se coloca é que a pessoa possa consentir, dissentir, querer outra opinião, não querer ser informado ou pretender que seja outra pessoa a ter a informação.
- 3.6. Do fundo ético da dignidade da pessoa decorre a afirmação¹² da sua autonomia para escolher os seus projetos de vida, no seu contexto situado e associando responsabilidade e respeito pelo Outro, sem considerar dispicienda a vulnerabilidade de cada um - por isso, tanto hoje se refere a adesão ao regime terapêutico e à parceria de cuidados.

4. Importa considerar o escopo das profissões autoreguladas e, em particular, o enquadramento deontológico e da disciplina.

4.1. O termo *profissão* aplica-se quando envolve compromisso e declaração pública de prestação de um serviço; é regulada quando, directa ou indirecta, em virtude de decisões legislativas, regulatórias ou administrativas, é controlado o acesso e o exercício da profissão; quando é auto-regulada, é a própria profissão

¹² *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*, art.º 5.º - “A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.”

que se regula. Portanto, é o órgão regulador que estabelece o acesso à profissão, o controlo do exercício (designadamente, pelas regras éticas e deontológicas bem como pela formulação de padrões de qualidade para o exercício), assume o poder jurisdicional e a sanção disciplinar, sendo a finalidade colocada ao serviço do público.

- 4.2. Uma *profissão liberal* caracteriza-se¹³ pela prática “com base em qualificações profissionais relevantes, na capacidade pessoal, responsável e profissionalmente independente, daqueles que prestam serviços intelectuais e conceptuais, no interesse do cliente e do público”. Assim, os elementos chave são as qualificações (profissões intelectuais e científicas), a responsabilidade pessoal pelos actos profissionais e a independência. Na transposição para o Direito português da Directiva n.º 2005/36/CE - Lei 9/2009 de 4 de Março - «Profissão regulamentada» é definida como “a actividade ou o conjunto de actividades profissionais em que o acesso, o exercício ou uma das modalidades de exercício dependem directa ou indirectamente da titularidade de determinadas qualificações profissionais, constituindo, nomeadamente, uma modalidade de exercício o uso de um título profissional limitado aos detentores de uma determinada qualificação profissional”; Evocando a ideia-fim de que a regulação protege os cidadãos e que “a competitividade da Europa exige mais e melhor regulação”¹⁴, notemos que a regulação corresponde ao conjunto de regras, normas, hábitos e regulamentações que se impõem sobre determinadas actividades e abarca o próprio processo de elaboração e implementação dessas regras.
- 4.3. Profissões autoreguladas têm Ordens Profissionais – Segundo Adriano Moreira, “a instituição marca a identidade dos seus membros, tem uma autoridade que ela própria legitima, uma disciplina que vigia, e sobretudo *regras da arte* que requerem fidelidade dos praticantes e vigilância da instituição”¹⁵. Mais se espera que: “A crise económica e financeira que atinge tão severamente o Estado e a sociedade civil, que sofre as consequências da má governança nacional e internacional, tem nas Ordens uma defesa, em liberdade, de *segurança dos direitos humanos* ameaçados. É natural que a saúde e a justiça sejam mais frequentemente chamadas à intervenção das Ordens, mas a questão das *regras da arte*, da *independência* de juízo, da *responsabilidade* profissional, são invioláveis pelos interesses da hierarquia que se manifestem em conflito com tais regras da arte.”¹⁶
- 4.4. Em Portugal, a entidade que agrega as Ordens, Conselho Nacional das Ordens Profissionais, tem atualmente 14 membros. De entre estes, as *Ordens da Saúde* poderiam ser consideradas como sendo as dos Enfermeiros, Farmacêuticos, Médicos, Médicos Dentistas e Médicos Veterinários; ao abrigo da

¹³ Liberal professions, [...] are, according to this Directive, those practised on the basis of relevant professional qualifications in a personal, responsible and professionally independent capacity by those providing intellectual and conceptual services in the interest of the client and the public.” in Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications.

¹⁴ VASCONCELOS, Jorge - *A regulação em portugal: arte nova, arte degenerada ou arte pobre?* Lição inaugural do 4º Curso de pós-graduação em Direito Público e Regulação. Disponível em http://www.fd.uc.pt/cedipre/licoes_inaugurais/licao_inaugural.pdf

¹⁵ MOREIRA, Adriano - *A função das Ordens*. Colóquio “As ordens profissionais e autorregulação na sociedade portuguesa. Organização CNOP. Março 2012. Disponível em <http://doc.cnop.pt/2012/03/20120322-cnop-adriano-moreira.pdf>

¹⁶ Idem, p. 8

nova lei quadro, foram criadas a Ordem dos Psicólogos e dos Nutricionistas (em comissão instaladora, ainda não surge como membro do CNOP). Não obstante a partilha do campo de acção, distinguiria (e esta distinção pode não ser pacífica) na Saúde, as Ordens dos *profissionais clínicos* - ou seja, dos que diagnosticam e prescrevem, junto da pessoa, com autonomia para tal, na sua esfera de acção, nomeadamente, Enfermeiros¹⁷ e Médicos¹⁸; Farmacêuticos¹⁹ e Psicólogos²⁰, ainda que haja diferenças relevantes nos dois primeiros, quer quanto à permanência junto da pessoa e ao seu acompanhamento quer quanto à amplitude e natureza do foco de atenção profissional.

- 4.5. De entre as características comuns decorrentes da regulação, releve-se a deontologia e a acção disciplinar. Sabemos hoje que os percursos deontológicos foram consagrando uma codificação convencional, com feição imperativa, na lógica de que um dos traços da autonomia profissional advém exactamente de se estabelecer a própria disciplina. Existe a consciencialização da utilidade social da profissão e dos inerentes deveres profissionais - a expressão dos deveres faz-se acompanhar da componente disciplinar e o nível de gravidade de uma eventual infracção é avaliada inter-pares.
- 4.6. A deontologia, como o direito, modifica-se, conforme as sociedades se desenvolvem e “necessita de ser balizada por paradigmas atualizados”²¹. Todavia, a dimensão disciplinar de uma profissão, pela sua especificidade, não pode ser simplesmente entregue à esfera do jurídico, ao tribunal ou ao mercado. Por um lado, a existência e o nível de gravidade de uma eventual falta deontológica é avaliada entre conhecedores que realizam o papel de terceiro a uma justa distância, sendo a pena decretada inter-pares; por outro lado, os deveres enunciados são confrontados com situações concretas e casos particulares.

¹⁷ Ordem dos Enfermeiros, criada pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Reconhecidos os enfermeiros como “corpo institucional idóneo para assumir a devolução dos poderes que ao Estado competem no que concerne à regulamentação e controlo do exercício profissional, designadamente nos seus aspectos deontológicos e disciplinares”, foi o Estatuto da Ordem tido como “um imperativo da sociedade portuguesa”. No desígnio fundamental da Ordem está “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população” assim como do “desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”

¹⁸ Ordem dos Médicos, criada pelo Decreto-Lei n.º 29 171 de 24 de Novembro de 1938, sucedendo-se à Associação dos Médicos Portugueses. Na última versão dos estatutos, DL n.º 217/94, de 20 de Agosto, lê-se que “A Ordem dos Médicos reconhece que a defesa dos legítimos interesses dos médicos pressupõe o exercício de uma medicina humanizada que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos”, “exerce a sua acção com total independência em relação ao Estado, formações políticas, religiosas ou outras organizações”. Entre as finalidades essenciais (artigo 6º), releva-se: “a) Defender a ética, a deontologia e a qualificação profissional médicas, a fim de assegurar e fazer respeitar o direito dos utentes a uma medicina qualificada;”

¹⁹ Ordem dos Farmacêuticos, criada pelo Decreto-Lei n.º 334/72 de 23 de Agosto. De acordo com o Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro, “mantém a designação tradicional de Sociedade Farmacêutica Lusitana, de que é legítima continuadora”. É a associação pública que abrange e representa os licenciados em Farmácia ou em Ciências Farmacêuticas que exercem a profissão farmacêutica ou praticam actos próprios desta profissão em território nacional.

²⁰ Ordem dos Psicólogos Portugueses, criada pela Lei n.º 57/2008 de 4 de Setembro. Abrange os profissionais de psicologia que exercem a profissão de psicólogo.

²¹ Cf. NUNES, Lucília; RENAUD, Michel; SILVA, Miguel Oliveira da; ALMEIDA, Rosalvo (relats.) – Memorando sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade [site CNECV] p. 8 [“Na redacção de diplomas legais que regulam o equilíbrio entre o respeito pela autonomia da pessoa doente e o respeito pela independência e pelas boas práticas da prestação de cuidados de saúde (sabendo-se que aquela autonomia não deve resvalar para cuidados de saúde «a la carte» e reconhecendo-se que a deontologia dos profissionais de saúde necessita ser balizada por paradigmas actualizados), importa, a exemplo do que se faz e fez noutras sociedades civilizadas, ter presente que o consentimento/recusa em matéria de cuidados de saúde deve deixar uma margem de manobra bastante para abarcar a responsabilidade e a liberdade dos prestadores de cuidados de saúde.”].

4.7. Finalmente, a questão de *como* a deontologia se materializa na disciplina. Uma actuação disciplinar que balance aos extremos, inflexível ou omissa, condescendente ou tendenciosa, desacreditaria o apelo ao julgamento da Ordem por parte dos que se sentem ofendidos por prestações eventualmente condenáveis dos profissionais e comprometeria a utilidade social que dela se espera. Sabendo que não basta as regras estarem definidas, torna-se muito importante a sua interpretação e cumprimento, tanto em termos deontológicos como no que respeita à aplicação disciplinar. Finalmente, considerar que estamos perante o imperativo de protecção do público e da segurança dos clientes, razões em que se fundam quer a deontologia, quer a formulação das boas práticas e normas de orientação clínica.

5. A tomada de decisão (clínica e ética) ocorre em ambientes de complexidade e incerteza.

5.1. Tomar uma decisão é proceder a uma escolha que orienta os actos que realizamos. E agimos sempre, ainda que decidamos não agir. Evocando Paul Ricoeur, na sua tríplice fórmula relativa à Ética, todos procuramos o sentido de “uma vida boa, com e para os

outros, em instituições justas”²². Na suposição da existência de uma vontade livre, os *actos voluntários* são aqueles acerca dos quais sei que podia também tê-los deixado por fazer. Hannah Arendt afirma que “a pedra de toque de um acto livre – desde a decisão de saltar da cama todas as manhãs até às mais altas resoluções pelas quais nos comprometemos para o futuro – é sempre que sabemos que podíamos ter deixado por fazer o que efectivamente fizemos”²³.

5.2. É por escolher entre duas ou mais possibilidades que se realizam os actos, habitualmente por preferência e medindo tão longe quanto consigo as consequências possíveis. Se é acção de cada um, a essa possibilidade de fazer ou não fazer, de dizer *sim* ou *não* a certos actos que dependem de cada um, é o que se costuma chamar *liberdade*. E assumir a nossa liberdade implica aceitar a *responsabilidade* pelo que fazemos ou tentámos fazer e mesmo pelas consequências indesejáveis dos nossos actos.

5.3. *Tomar decisão* consiste em escolher a melhor alternativa de acordo com critérios estabelecidos, a partir de uma certa quantidade de informações, com o propósito de atingir um objectivo. Por isso, pode dizer-se que é dirigida para (uma certa finalidade), seja a resolução de um determinado problema ou a opção por determinada situação. A decisão é tomada a partir de probabilidades, possibilidades e ou alternativas, decorre de escolha e exige deliberação²⁴. Os antigos diriam: delibero, decido e ajo.

²² Idem, p. 203.

²³ ARENDT, Hannah - *A Vida do Espírito. Vol. II – Querer*. p. 33.

²⁴ A deliberação coloca duas questões primordiais: O que fazer para obter um determinado resultado? como fazer?. O conceito de deliberação inscreve-se numa cadeia conceptual que parte do desejo e da vontade, e se conclui com a escolha e a decisão (o objecto da escolha é o voluntário, pré-deliberado), que são prévias ao levar a cabo a acção. Para haver deliberação é necessário que o desejo seja realizável, se enquadre dentro dos nossos possíveis (mesmo que possa haver erro na avaliação do que julgamos possível). Sobre o assunto, veja-se F. Wiggins, D. - “*Deliberation and Practical Reason*” (1976), in A. O. Rorty, *Essays on Aristotle’s Ethics*, University of California Press, Berkeley, (1980), pp.221-240; *Deliberação*, Paulo Tunhas. Disponível em www.ifl.pt/main/Portals/0/dic/deliberacao.pdf.

- 5.4. As decisões têm de ser fundamentadas, sejam de natureza científica, técnica, jurídica ou moral, assumindo-se que as escolhas individuais, de uma pessoa competente e capaz para decidir, têm ancoragem em princípios e valores. Quanto menos familiares (logo, mais instáveis e ambíguos) forem os problemas, mais morosa e analítica tende a ser a estratégia da decisão. É sobretudo face a uma situação nova ou inesperada, em que se exige uma decisão, que somos desafiados (ou forçados) a reflectir no que estamos a fazer e temos de explicar os motivos que nos levam a agir (ou não) de determinada forma. Acresce que a tomada de decisão envolve fenómenos, factos e valores, e pode ser compreendida a partir de vários factores e influências – lógicos, emocionais, comportamentais - que permeiam todo o processo.
- 5.5. Ainda assim, e se é fácil compreender que as decisões científicas se baseiam na evidência e em dados de investigação, as decisões ético-morais têm de ser fundamentadas numa cuidadosa deliberação racional sobre os factos existentes, no exame dos princípios morais relevantes, na apreciação das opções e possibilidades, na monitorização dos efeitos e consequências das acções – de que decorrerá, depois, aprendizagem e lições para o futuro. Por aqui se vê que, por um lado, a decisão pode ser orientada segundo uma ideologia, uma concepção pessoal do mundo e da vida, expressa em crenças e valores. Por outro lado, resolver o problema (que é o pretendido nas tomadas de decisão) é condicionado pela escolha (supôr-se-ia da melhor acção) e pela existência (ou não) de competências ou capacidade para a levar a cabo. Falar de decisão ética não é o mesmo ou da mesma natureza que de uma decisão científica, jurídica ou religiosa, não é seguir a lei ou as normas culturalmente aceites, agir de acordo com os valores religiosos e nem tão pouco pode ser tomado como uma ciência. O que distingue a decisão ética é ser terreno dos valores e dos princípios do[s] interveniente[s].
- 5.6. No geral, e por mais fundamentada que seja a decisão, o ambiente complexo e a gestão da probabilidades interferem - nunca se tem a certeza sobre o que vai acontecer. Pode ser uma elevada *probabilidade de*, mas as premissas em que se baseiam as inferências são de probabilidade – assim, estamos a afirmar um certo carácter precário da maior parte das permissas em que baseamos as inferências conclusivas do processo de pensamento clínico. Por isso, não se podem assegurar resultados, seja qual for a intervenção ou o projeto de saúde proposto e aceite pelo cliente. Dito de outra forma, nenhum profissional pode, em rigor, assumir que atingirá um determinado resultado mas pode, e deve, quanto ao melhor cuidado que vai realizar, portanto, pelos meios e recursos que utilizará. Ora a promessa do melhor cuidado, coloca-nos de novo nas questões da ética da promessa e da responsabilidade.

6. O profissional de saúde age de acordo com a sua esfera de responsabilidade e as melhores práticas (“best practices” ou *leges artis*) do ponto de vista científico, técnico e humano.

6.1. Procurando situar as diversas perspectivas do sentido da responsabilidade, recorreremos primeiro à arqueologia da palavra, que nos aponta a junção entre a “capacidade e obrigação de responder”²⁵; no sentido etimológico de *re-spondere*²⁶, encontramos o reforço a uma

promessa, um compromisso solene em que quem promete se (com)promete. Assim, responsabilidade como “a capacidade-e-obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências”, inclui, simultaneamente, as ideias de uma capacidade - a responsabilidade é função do nível de discernimento de que se pode fazer prova – e de uma obrigação - a de responder pelos actos praticados e pelos compromissos assumidos. Encontramos a noção de ser-capaz muito próxima de *estar preparado para* responder, para prestar contas e para ser julgado (por isso a ligação à *accountability*²⁷ em termos macro), mormente à luz das promessas que fez ou dos compromissos que assumiu. Ricoeur considera ainda que se possa qualificar a acção de um agente pela aplicação de “aferidores de excelência”²⁸, de preceitos que definem o nível de sucesso e, simultaneamente, avaliam e normativizam um nível de qualidade.

6.2. A figura e a noção de responsabilidade assumiu contornos reguladores, assentes no princípio de reparar o prejuízo causado, pois quando se fere um interesse protegido torna-se imperioso o seu ressarcimento por parte de quem o lesou. Se a natureza do ressarcimento é patrimonial, configura-se a responsabilidade civil, duplamente baseada em não lesar o próximo e em reparar o dano causado²⁹. Não é confundível com a sanção criminal pela tutela de bens jurídicos diferentes. A responsabilidade civil supõe necessariamente este dever de reparação, por razões de pleno interesse individual e social. Se um determinado comportamento de uma pessoa (agente) contribui para o prejuízo sofrido por outra (vítima), não é qualquer acto humano (como, por exemplo, pedir desculpa) que é considerado apto a gerar o efeito ressarcitório.

²⁵ Cf. CABRAL, Roque – «Responsabilidade», in *Logos*, vol. 4, p. 724 (“a capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências”).

²⁶ A origem é o Latim *responsus*, participio passado de *respondere*, “responder”. Mas *re-spondere*, para além de “responder”, no sentido original - “comprometer-se”, “garantir”, “assegurar” - é formado de *re*, partícula reforçadora, e *spondere*, “prometer com solenidade”. Por isso conota uma resposta comprometida com a verdade, solenizada como na raiz de “esposo” e “esposa”, os que se prometeram – nos “esponsais” - entre si. (Cf. http://www.locutio.com/etymologie/cadre_etymologie.htm)

²⁷ O sentido de *accountability*, «account of responsibility» é quase intraduzível para português numa palavra. Tem-se utilizado uma conjugação de ideias no sentido de um estado de receptividade e preparação para dar explicações ou justificações a outros relevantes pelo seu próprio juízo, intenções, acções e omissões quando chamado a tal. É a obrigação de dar conta e um estar-preparado para ser julgado, aceitar a atribuição dos erros, maus julgamentos ou negligências assim como o reconhecimento da competência, da excelência e sabedoria. É estar-preparado para mudar á luz da avaliação e do ganho para os outros e para si. É considerada dimensão essencial do profissionalismo.

²⁸ *Ibid.*, p. 175.

²⁹ Cf. RANGEL, Rui Manuel de Freitas - *A reparação judicial dos danos na responsabilidade civil : um olhar sobre a jurisprudência*. Coimbra: Almedina, 2002.

6.3. Os requisitos da responsabilidade são que: a) exista uma conduta contrária à ordem (civil, criminal ou deontológica) constituída em facto; b) uma violação da obrigação, algo que não foi o que deveria ter sido; c) a imputação do acto ao agente, considerado seu verdadeiro e voluntário autor; d) o dano ou prejuízo causado; e) o nexo de causalidade entre a conduta e o dano. Assim, a configuração da responsabilidade (contratual ou extracontratual) exige três elementos objectivos, a saber, um facto ilícito, um prejuízo causado e um nexo causal entre os dois.

6.3.1. A questão do nexo causal é importante, estabelecendo a relação entre o resultado e a acção e permitindo afirmar que *esta* acção produziu *aquela* resultado. O dano, que engloba o mal ou ofensa que uma pessoa cause a outra, aparece como resultado de uma causa ou cadeia causal, tendo de existir um vínculo (o nexo causal) entre ambas. Assim, para que seja exigível a responsabilidade civil não basta que alguém tenha agido com culpa, nem que outro alguém tenha sofrido um prejuízo; deve reunir-se a existência de um vínculo de causa-efeito entre a culpa e o dano, isto é, considera-se necessário que o dano sofrido seja a consequência da culpa cometida³⁰.

6.3.2. Consideremos que importa prestar atenção a montante da acção – aos “requeridos de precaução e de prudência susceptíveis de prevenir o dano”³¹. Há uma obrigação de nos prevenirmos contra os riscos e a ligação com a moral decorre “sob o signo da prudência preventiva”. A emergência do princípio da precaução é recente e está ligado à importância crescente do debate sobre o desenvolvimento sustentável, a gestão do risco e a avaliação das escolhas tecnológicas. Note-se que o dever de precaução se distingue da prudência ou da prevenção, pelo que julgamos poder ser definido como a natureza do tipo de risco que está em análise – ou conhecemos o risco, e trata-se de prevenção; ou os riscos são incertos, e damos espaço à precaução. Assim sendo, a prevenção é relativa à gestão do risco tal como a precaução é relativa à gestão de informação sobre a potencialidade de risco. A precaução responde ao hipotético, ao imponderável num contexto de (maior ou menor) incerteza.

6.4. Distingamos o plano jurídico e moral da responsabilidade - no plano jurídico, o autor é responsável pelos efeitos da sua acção, com relevância para os danos causados; no plano moral, “é pelo outro homem, o outro, que se é considerado responsável”³² e se esta relação está presente no direito civil e penal, tem nestes uma ligação ao dano objectivo. Na senda do maior rigor, distingamos a responsabilidade disciplinar dos profissionais de saúde, *maxime* médicos e enfermeiros, nas diversas esferas a que se encontram sujeitos – uma atuação pode, inclusivamente, cair sob as várias esferas, civil, criminal e disciplinar da instituição e da respetiva Ordem e, afetar o profissional bem como a instituição. Assim, e se a responsabilidade disciplinar que decorre “da violação (por acção ou omissão, dir-se-ia) de certos deveres

³⁰ MAZEAUD; TUNC - *Tratado Teorico y Práctico de la Responsabilidad Civil, Delictual y Contractual*. Buenos Aires, EJE, 1977, t. II, v. 2, p.1.

³¹ RICŒUR, Paul - *O Justo*, p.53.

³² RICŒUR, Paul - *O Justo*, p.54.

impostos por lei àqueles que, por se encontrarem inseridos numa determinada organização, ficam sujeitos a regras de conduta específicas”³³, pode um médico ou um enfermeiro responder disciplinarmente em sedes diferentes, a saber, a da organização (a instituição prestadora de cuidados de saúde) e a da entidade reguladora. Por isso, a responsabilidade disciplinar administrativa e a profissional³⁴.

6.4.1. O fundamento do poder disciplinar é similar em ambas no que respeita, por um lado, à auto-organização e auto-disciplina e, por outro lado, à protecção dos direitos das pessoas e assegurar o *bom exercício*³⁵ da profissão. São deveres gerais³⁶ dos trabalhadores que exercem funções públicas: prossecução do interesse público, isenção, imparcialidade, informação, zelo, obediência, lealdade, correcção, assiduidade e pontualidade. Uma análise superficial dirá que existe redundância entre “isenção” e “imparcialidade”, por exemplo, pelo que um deles seria desnecessário. O dever de “obediência” em relação a uma ordem do legítimo superior hierárquico, em matéria de serviço, pode ser reclamada e excluir-se a responsabilidade disciplinar, podendo incumprir-se ordens que impliquem conflito com a legalidade ou com a autonomia da actividade de prestação de cuidados de saúde por um profissional.

6.4.2. Duas notas simples: o dever de sigilo advem atualmente dos Códigos Deontológicos próprios e o exercício do direito à objecção de consciência acresce-se necessariamente a estes cenários.

6.4.3. Já a responsabilidade disciplinar profissional³⁷ é independente do contexto onde a profissão é exercida (público, privado, social), coexiste com as outras esferas (civil, disciplinar e criminal), sendo delas independente. O regime disciplinar dos enfermeiros³⁸ consagra a consideração sobre as circunstâncias modificativas da responsabilidade, sejam elas atenuantes³⁹, agravantes⁴⁰ ou

³³ CALVÃO, Filipa Urbano - A responsabilidade disciplinar dos profissionais de saúde. <http://www.icjp.pt/sites/default/files/papers/614-921.pdf>

³⁴ A qualificação dos dois tipos de responsabilidade disciplinar consagrada por J. A. ESPERANÇA PINA, A responsabilidade dos médicos, Lisboa, 1998, 2.ª ed., pp. 175 e 183.

³⁵ Cfr. VITAL MOREIRA, Auto-regulação profissional e Administração Pública, Coimbra, 1997, pp. 71 e 260 e s.

³⁶ Lei n.º 58/2008 de 9 de Setembro - Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores Que Exercem Funções Públicas

³⁷ As sanções aplicáveis, conforme o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [EOE] e o Estatuto Disciplinar dos Médicos [EDM] são: a) advertência, por infracções leves [EOE refere “advertência escrita”]; b) censura, por infracções graves, que não justifiquem pena superior [EOE refere “censura escrita”]; c) suspensão até cinco anos, conforme art. 17.º do EDM e n.º 3 do art. 62.º do EOE, nomeadamente, em caso de violação de deveres consagrados em lei ou no Código Deontológico e que visem a protecção da vida, saúde, bem-estar ou dignidade das pessoas, quando não lhe deva corresponder sanção superior; d) expulsão, nos casos previstos no art. 18.º do EDM e no n.º 5 do art. 62.º do EOE, designadamente, para os médicos, “a) Quando tenha sido cometida infracção disciplinar que também constitua crime punível com pena de prisão superior a três anos; b) Quando se verifique incompetência profissional notória, com perigo para a saúde dos pacientes ou da comunidade; c) Quando ocorra encobrimento ou participação na violação de direitos da personalidade dos doentes.”; para os enfermeiros, em situação de infracção disciplinar muito grave quando “o comportamento violador dos deveres, cometido com acentuado grau de culpa ou dolo e que, nomeadamente, também constitua crime punível com prisão superior a três anos, demonstre incompetência profissional notória, com perigo para a saúde dos indivíduos ou da comunidade, ou implique o encobrimento ou participação na violação de direitos de personalidade dos clientes”. Existe ainda a possibilidade de aplicação de penas acessórias, como sejam a perda de honorários (arts. 20.º e 21.º do EDM) e a publicidade das penas principais (arts. 20.º e 21.º do EDM e n.ºs 2 a 4 do art. 60.º do EOE).

³⁸ http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Documents/CJ_REGIMENTO%20DISCIPLINAR.pdf

³⁹ De acordo com o artigo 7º, são circunstâncias modificativas atenuantes da responsabilidade disciplinar: a) exercício da profissão com exemplar comportamento e zelo reconhecido, durante mais de dez anos; b) mérito reconhecido pela atribuição de menção elogiosa, louvor ou louvor com distinção; c) a confissão espontânea da infracção; d) comportamento posterior ao acto com intenção de reparação; e) a provocação; f) o acatamento bem intencionado de ordem de superior hierárquico, nos casos em que

dirimentes⁴¹; o regime disciplinar dos médicos consagra a existência de “circunstâncias agravantes especiais”⁴².

7. O juízo sobre o realizado carece, além do enquadramento deontológico e profissional, da apreciação do contexto e da fundamentação do agir.

7.1. Quando se evoca a responsabilidade, a ideia que surge é a de que se pretende reconhecer como *responsável* *aquela que é o autor dos seus actos* – ou seja, um acto pode ser atribuído a alguém. Mas a responsabilidade é também a que se exerce no compromisso

assumido ou perante uma missão que nos é atribuída; quando a obrigação é de cumprir certos deveres ou de assumir certos encargos ou compromissos; portanto, quando se trata de responder por algo que nos foi confiada ou por alguém que temos ao nosso cuidado⁴³. Ser responsável ultrapassa, desta forma, a capacidade de designar a si mesmo como o «verdadeiro autor» de uma acção cometida ou de assumir a acção realizada – delinea-se “como ter a cargo uma certa zona de eficácia, onde a fidelidade à palavra dada é posta à prova”.

7.2. O sentido mais débil da responsabilidade é o da imputação e o sentido mais forte, de acordo com Ricoeur, a “verdadeira responsabilidade não é senão a que se exerce a respeito de alguém ou alguma coisa frágil, que nos será confiada”⁴⁴. Neste sentido, é preciso que alguma coisa ou alguém me seja confiada, para que eu possa ser tido por responsável.

7.3. Ser responsável significa responder pelos actos - pelas decisões, que os antecedem, e pelas consequências, que se sucedem. Todavia, a partir do momento em que a responsabilidade é assumida como função, também é necessário responder pelos actos de outros, pelos quais se é responsável, em

não fosse devida obediência, não susceptível de ser considerado conluio; g) a existência de condições precárias de trabalho, no momento em que é praticada a infracção, que declaradamente prejudiquem a qualidade dos cuidados.

⁴⁰ Idem, São circunstâncias modificativas agravantes da responsabilidade disciplinar: a) a vontade determinada de, pela conduta seguida, produzir resultados prejudiciais nos clientes, colegas ou outros profissionais, ou à profissão em geral, independentemente de estes se verificarem; b) a produção efectiva de resultados prejudiciais, nos casos em que o enfermeiro pudesse prever essa consequência como efeito necessário da sua conduta; c) a premeditação (desígnio formado 24 horas antes, no mínimo, da prática da infracção); d) conluio com outros indivíduos para a prática da infracção; e) facto de ser cometida durante o cumprimento de pena disciplinar; f) a reincidência (se a infracção é cometida antes de decorrido 1 ano sobre o dia em que tiver findado o cumprimento da pena imposta por virtude de infracção anterior).

⁴¹ De acordo com o artigo 8º do Regimento Disciplinar, são circunstâncias dirimentes da responsabilidade disciplinar: a) a coação física; b) a privação accidental e involuntária das faculdades intelectuais no momento da prática do acto ilícito; c) a legítima defesa, própria ou alheia; d) a não exigibilidade de conduta diversa; e) exercício de um direito ou o cumprimento de um dever; f) consentimento do titular do interesse jurídico lesado, quando este interesse for livremente disponível e quem o prestar possuir o discernimento necessário para o avaliar.

⁴² Artigo 19º, do EDM: “a) A prática de quaisquer actos que visem a obtenção de lucros indevidos ou desproporcionados à custa dos doentes; b) A prática de quaisquer actos que importem prejuízo considerável para terceiros; c) A reincidência.2. Dá-se a reincidência quando a nova infracção disciplinar é cometida antes de decorrido um ano sobre a data em que tiver findado o cumprimento da pena imposta por virtude de infracção anterior.3. Ocorrendo qualquer circunstância agravante especial, as infracções a que correspondam as penas de advertência ou de censura são punidas com a pena de suspensão e naquelas a que corresponda pena de suspensão o seu limite mínimo é fixado em dois anos.”

⁴³ RICŒUR, Paul - *O Justo*, p.36 (“na medida em que são cometidos por vosso encargo ou ao vosso cuidado”).

⁴⁴ “L’auteur (Hans Jonas) y montre que la véritable responsabilité n’est autre que celle qu’on exerce à l’endroit de quelqu’un ou quelque chose de fragile, qui nous serait confié”. AESCHLIMANN, J-C – Entretien. In *Éthique et responsabilité*. Paul Ricœur, p.25.

virtude de pertencerem a um território sobre o qual exercemos poder - é o caso do responsável hierárquico. Por isso, é sempre útil (para não dizer indispensável) fixar as responsabilidades á-priori, esclarecê-las o melhor possível para que cada um possa formular as suas obrigações num quadro definido. É por isto, também, que é importante a descrição de funções atribuídas, do que cabe a cada um. O encadeamento da responsabilidade é a base de toda a hierarquia, muito mais que o ajustamento dos poderes.

7.4. O cuidado profissional não pode ter outros limites senão os decorrentes dos princípios éticos, das normas deontológicas e legais enquadrados nas situações concretas, balizadas por dados da evidência e suporte científico. As regras são referências que não podem substituir a tomada de decisão, em contexto, face a uma pessoa. Aliás, face àquela pessoa concreta. A diversidade de situações e a alteridade das pessoas fundamentam a necessidade de adequar o cuidado (aqui, poderíamos entroncar agora as decisões ligadas ao final da vida, à manutenção de meios, à ponderação de razões para suspender ou não iniciar medidas terapêuticas inúteis, da futilidade e da distanásia). Admite-se que em algumas áreas ou procedimentos não haja consensos ou guidelines seguros (por exemplo, em Normas de Orientação Clínica) e que possa realizar-se uma proposta terapêutica, fundamentada, aceite pela pessoa e que não seja considerada como violando as *leges artis*. Admita-se, igualmente, que as NOC e os consensos devem ser respeitados como boas práticas, no sentido das *leges artis*.

7.5. Falar de boas práticas não ilude a necessidade de pararmos um pouco na questão dos erros e dos eventos adversos. Não obstante os cuidados de saúde serem dirigidos ao benefício do público, devido a uma combinação complexa de processos, tecnologias e interações humanas, existe um risco inevitável que ocorram eventos adversos. Numa posição conjunta do International Council of Nurses (ICN), International Pharmaceutical Federation (FIP) e World Medical Association (WMA) sobre a segurança dos clientes, define-se evento adverso como um “dano ou prejuízo causado pela gestão da doença ou condição de um cliente por profissionais de saúde”⁴⁵ e erro em cuidados de saúde, “como engano no processo de cuidados e que resulta ou pode resultar em dano potencial para o doente”⁴⁶. Podem ser erros de comissão (fazer uma coisa errada), de omissão (não fazer uma coisa certa) ou de execução (fazer uma coisa certa incorrectamente). Alguns autores agrupam os erros em 4 categorias gerais: de erros de diagnóstico, erros de tratamento, erros de cuidados preventivos e erros envolvendo falhas (sistema de comunicação, equipamentos, sistema de cuidados de saúde).

7.5.1. Por um lado, e embora os erros humanos possam precipitar algumas vezes falhas graves, geralmente existem fatores sistémicos, mais profundos, que se devidamente atendidos previamente, poderiam ter evitado erros. Por outro lado há incidentes (eventos ou circunstâncias que podem ter ou

⁴⁵ An adverse event can be defined as harm or injury caused by the management of a patient’s disease or condition by health care professionals rather than by the underlying disease or condition itself. <http://www.whpa.org/factpsafety.htm>

⁴⁶ Idem, “healthcare errors as mistakes made in the process of care that result in or have a potential to result in harm to the patient”

conduzir a indesejado dano, queixa, perda ou prejuízo) que não causam dano, designados por «near misses», um erro evitado. De acordo com os estudos, as situações de «near misses» ocorrem, com e sem registo, e com muito maior frequência do que os eventos adversos.

7.5.2. O que ressalta da maior parte dos estudos das últimas décadas é que existe uma percentagem⁴⁷ relevante de eventos adversos que poderiam ser evitáveis, preveníveis e a maior parte dos estudos internacionais sobre segurança dos doentes, revela que a maior parte do dano causado aos doentes pode ser atribuído ao sistema de cuidados de saúde - factores como a interrupção na prestação de cuidados, perda de informação, equipamento fora de prazo, escassa identificação de fármacos, avisos inadequados sobre as incompatibilidades, escassez de recursos na dotação de pessoal, incidentes ambientais que conduzem a erros.

7.5.3. A acreditação, os standards de qualidade, o relato e discussão dos erros, são processos de segurança e de combate ao risco. Também é reconhecido que a sub-informação e o não-relato são muito dificultadores dificultam grandemente – uma cultura de culpa não reconhece que o erro individual e o erro do sistema de saúde estão, na maior parte das vezes, relacionados. É importante modificar a cultura de “*name, blame and shame*” para outra que procure prevenir erros futuros modificando estruturas e processos que contribuem para eventos adversos e erros evitados. “Somewhere in our history of seeking to ensure safe practice and a safe environment, making mistakes became unacceptable, and we introduced blame and punishment. The goal was appropriate, but some-how the outcome is a culture that seeks a person to blame.” (Thompson, 2000). Mesmo que a falta seja punível e o autor castigável, agir gerindo recursos humanos obriga a transformar em situação de aprendizagem. Inquietante é a possibilidade de alguém realizar um erro sem o identificar ou identificá-lo sem o assumir.

7.6. A responsabilidade associa a visão retrospectiva, da capacidade de imputação pelo acto realizado e suas consequências, e o sentido projectivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício. Controlar os riscos e os perigos que ameaçam a qualidade dos cuidados, corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional. É para proteger a pessoa dos riscos (actuais ou potenciais) e minimizar as sequelas que muitos actos profissionais são realizados. E este aspeto de minimização dos riscos ou de prevenção das complicações é muitíssimo relevante na tomada de decisão dos profissionais de saúde bem como no juízo sobre os realizados.

⁴⁷ Estudos nos EUA, UK e Austrália demonstram que os eventos adversos ocorrem entre 3.7 a 16.6% das admissões ao hospital, sendo que uma porção significativa poderia ser prevenível, isto é, evitável (Brennan et al.,1991; Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999; National Health Service, 2000; Wilson et al., 1995). *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada* revelou que 7,5% dos doentes admitidos nos hospitais agudos do Canadá, em 2000, experienciaram um ou mais eventos adversos; 36,9% destes casos eram altamente evitáveis. A maior parte dos doentes que experienciou um evento adverso recuperou sem défice permanente – mas os EA contribuíram para uma estadia mais demorada.

7.7. A decisão moral singular coloca-se com particular acuidade pois a norma não prevê, nem poderia, o “justo por excelência”, que se desvela na tensão estabelecida com o concreto da acção, pela infinita diversidade das acções e circunstâncias, que nenhuma regra pode prever. O juízo, visando ser justo, tenderá a reconhecer nos sujeitos envolvidos simultaneamente o enquadramento dos factos e dos contextos, atentando a que “a sabedoria prática consiste em inventar as condutas que melhor satisfazem a excepção que exige a solicitude, traindo o menos possível a regra”⁴⁸. E quando não se segue a regra, será sempre necessário estar-se em condições objectivas de demonstrar as razões ou fundamentos do caminho divergente escolhido.

7.8. Na prática de atos de saúde, haja natureza contratual ou extracontratual, parece claro que a exigência é de uma atuação que observe os deveres de cuidado. “Um juízo de censura ou de reprovação baseia-se no reconhecimento, perante as circunstâncias concretas do caso, de que o profissional não só devia como podia ter agido de outro modo”⁴⁹. Existe incumprimento se é cometida uma falta técnica, por acção ou omissão dos deveres de cuidado, conformes aos dados adquiridos da ciência, implicando o uso de meios humanos ou técnicos necessários à obtenção do melhor tratamento. Esta é a plataforma em que se reúnem os deveres profissionais, as *leges artis* e as *boas práticas*...

8. O trabalho dos profissionais de saúde requer cooperação colectiva – colaboração, equipa e rede.

8.1. Uma das expressões mais usadas e nem sempre bem, é a de *trabalho em equipa*. Entendamos *Equipa* como um sistema social em miniatura ou um grupo

que, reunindo determinadas características, realiza actividades conjuntas e conjugadas para atingir o ou os objectivos em vista. De um modo mais detalhado⁵⁰, definem-se equipas como um número limitado de membros com uma diversidade de competências apropriada para desempenhar uma tarefa específica, os quais estão comprometidos face a um propósito significativo para o qual definem objectivos alcançáveis de desempenho, de que se assumem como colectivamente responsáveis. De onde decorre: (a) um número (limitado, maior ou menor) de membros, (b) diversidade de competências dos membros, (c) compromisso com a missão da equipa, (d) propósito relevante estabelecido, (e) formulação de objectivos de desempenho, claros para todos, diríamos, e (f) sentido de responsabilidade do e pelo colectivo. Assim, o *trabalho em Equipa* materializa-se pela colaboração e co-operação (ou seja, agir junto) necessária de várias pessoas com perfis diferentes tendo por finalidade a realização de uma tarefa determinada. O trabalho em equipa, enquanto prática de comunicação entre os profissionais, faz parte do exercício do quotidiano e nele se opera a articulação das intervenções técnicas. A centralidade do

⁴⁸ RICCEUR, Paul - *Soi-même comme un autre*, p. 312.

⁴⁹ Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra. Processo 1594/04.7TBLRA.C1. Nº Convencional:JTRC. Relator: Jaime Ferreira. Actos médico-hospitalares responsabilidade civil por danos danos não patrimoniais. Data do Acórdão: 05/06/2008.

⁵⁰ Mickan SM, Rodger SA – “Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions”. *J Interprof Care*. 2005 Aug;19(4): 358-70.

trabalho em equipa está na obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho, ou seja, a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa, ou ainda, noutra perspectiva, a eficácia do trabalho conjunto.

- 8.2. Se pensarmos a formulação do trabalho de equipa como “o processo pelo qual um grupo de pessoas com um objectivo comum trabalham em conjunto, geralmente, mas não necessariamente, por forma a potenciar a eficiência das tarefas que tem em mão”⁵¹, compreende-se que os elementos da equipa vão além da sua esfera profissional criando e desenvolvendo uma concepção comum, desenhando juntos o modo como vão trabalhar os problemas de todos ou as áreas de complementariedade e articulação. É o grupo que nos coloca frente a frente conosco mesmo e no lugar do Outro, fazendo cada um interiorizar o Outro com os seus valores em particular ou no seu geral. Uma equipa de profissionais, em consonância com as suas necessidades e as das respectivas profissões, define objectivos a alcançar e planeia actividades conjuntas que concretizadas, darão consecução às metas previamente definidas e aceites.
- 8.3. Não basta colocar as pessoas juntas para se dizer que trabalham em equipa. Alguns estudos dos últimos anos⁵² demonstram que o mesmo acontece com as organizações e a colaboração inter-institucional. O exercício das profissões na saúde carece do inter-profissional⁵³ – em contexto institucionalizado, de forma mais evidente; em hospital ou nos cuidados de saúde primários, na RNCCI em qualquer contexto da organização dos serviços de saúde, público, privado ou social. Mesmo em contexto privado, de consulta, por exemplo, haverá potencialmente recurso, encaminhamento ou referência a outros profissionais. Todavia, dever-se-á distinguir o sentido de trabalho em equipa de pares, do trabalho em equipa multiprofissional e interdisciplinar e de um trabalho em rede, que não são exatamente a mesma coisa, pese embora estes modelos digam respeito ao exercício dos profissionais de saúde: trabalham autonomamente e em colaboração, equipa e rede. Clarificando, quando se consultam colegas em ordem a recolher outro parecer, estamos na dimensão da colaboração, inter-pares ou inter-profissionais; quando se encaminha ou referencia, transfere-se para outro profissional a análise, diagnóstico, planeamento e intervenção; quando se orquestram actividades em ordem a um fim conjunto e contemporâneo, temos trabalho de equipa; quando partilhamos e disseminamos resultados ou casos, promovendo o benchmarking, estaremos provavelmente em network.
- 8.4. Um outro conceito que convem distinguir é o de delegação, que não se pode confundir com trabalho de equipa - na explicitação da *Tomada de Posição sobre a delegação em Enfermagem*⁵⁴, junta-se o

⁵¹ Kvarnström S – “Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork”. J Interprof Care. 2008 Mar;22(2):191-203

⁵² RYAN, David Patrick et al - *Thinking Through Issues in Inter-Organizational Collaboration in Health Care*. Integrated health services networks are an emerging best practice for health service delivery. But, just as putting health professionals together to work in teams does not ineffably lead to effective teamwork, so just putting organizations together to work does not guarantee effective collaboration. Research demonstrates that integration has both benefits and liabilities. <http://rgps.on.ca/giic/Giic/pdfs/>

⁵³ LEATHARD, Audrey - *Going Inter-Professional: Working Together for Health and Welfare*. (1ª ed. Routledge, 1994). Taylor & Francis, 2001.

⁵⁴ http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

prescrito no REPE⁵⁵ e no Código Deontológico do Enfermeiro, afirmando-se que o enfermeiro tem a responsabilidade e a obrigação de prestar contas pela prestação e gestão de cuidados que realiza; é seu dever «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega», bem como «assegurar a qualidade e a continuidade das actividades que delegar». De acordo com o REPE, «os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem.»(art. 10º). Como delegante, o enfermeiro assume a responsabilidade pelo desempenho da tarefa por Outro.

8.5. O trabalho dos profissionais de saúde requer cooperação colectiva – é fundamental a organização dos cuidados de saúde em equipas interdisciplinares de forma a providenciar cuidados com maior qualidade e eficiência.

9. A formação de equipas de elevado desempenho é longitudinal, carece de investimento dos profissionais e requer confiança, compromisso, articulação, co-operação e co-laboração.

9.1. A prestação de cuidados em equipa, no tempo, tem, pelo menos, três eixos de leitura: (a) factores e processos relacionados com a comunicação; (b) atitudes e condutas dos membros da equipa, incluindo os contornos das relações interpessoais; (c) liderança da equipa. Se em equipa interagimos e nos influenciamos

reciprocamente, é igualmente claro que somos responsáveis por atingir objectivos comuns e percebermo-nos como entidade social na organização. E se qualquer relação profissional carece de um certo grau de confiança, as equipas precisam vitalmente da confiança⁵⁶, que decorre de uma expectativa positiva acerca dos actos dos outros em situações de risco. O que, queiremos ou não, faz com que a confiança se desenvolva a partir da consciência da competência dos outros e da equipa, da abertura, da reciprocidade e da integridade na e da equipa. Mais do que sentir-se incluído, importa crer na predictibilidade do comportamento do grupo e na liderança. Além da confiança, releve-se o sentido de compromisso com a equipa, que se desenvolve com a fundação de uma visão, motivações claras, acordo expresso quanto aos princípios que guiam as decisões.

9.2. Há dificuldades⁵⁷ quando alguns membros não respeitam os outros, se consideram chefias técnicas como lideranças, quando se oculta informação, quando a liderança é autocrática, entre outros

⁵⁵ Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro.

⁵⁶ Cf. DUNCAN, Bev; JARRETT, Linda; SCRIMBITT, Bonnie; VOGT, Michele; CARLSON, Stephanie; DANYLCZUK, Renee – “TEAMWORK: Moving from Personal Effort To Collaborative Action”. Saskatchewan Institute of Health Leadership Project (SIHL). November, 2009. <http://prod.www.uregina.ca/cce/business/SIHL/projects/2009%20SIHL%20Brochure.pdf>

⁵⁷ Sobre o assunto, vide DOYLE, J. – “Barriers and facilitators of multidisciplinary team working: a review”. Paediatr Nurs. 2008 Mar; 20(2):26-9.

exemplos. A atenção aos resultados evidencia a articulação e co-operação dos membros da equipa. Bem como o co-laborar, trabalhar junto, escolhendo os “mais bem colocados” para responder aos problemas, ao invés de optar por modelo hierarquizado e burocrático. Notemos que a própria equipa passa por estádios⁵⁸ de desenvolvimento, enquanto grupo, existindo diferentes factores que influenciam, aspectos internos e externos, a ter em conta.

9.3. Para uma equipa ser eficiente, as estruturas externas de que depende e os seus membros individuais necessitam de se conjugar com as suas próprias estruturas e processos internos da equipa – e, de entre estes, tanto podemos alocar os objectivos comuns, as responsabilidades partilhadas, os papéis e intervenções definidos, os processos de monitorização e avaliação, a partilha e aprendizagem colectivas bem como a disponibilidade de recursos. Portanto, dimensões tão diferentes como as estruturas, os contextos, os processos e os resultados. Associe-se, se ainda não fosse complexo quanto baste, as dimensões intra-disciplinares, inter e trans-disciplinares. Poderia ser, ainda, aqui, o espaço para introduzir as questões do conflito e dos modos como as equipas desenvolvem formas de gestão de conflito. De certa forma, muitas designadas *equipas* são grupos em construção para serem equipa....Em síntese, a equipa “é um grupo organizado ligado por uma tarefa comum definida pela instituição. Trata-se, assim, de um conjunto intersubjetivo em estado de tensão entre três pólos: o grupo, a instituição e a organização.”⁵⁹

10. Distinga-se a responsabilidade e acção de cada um, num contexto de atuação de equipa.

10.1. Afirmámos que a *ética das profissões de saúde*⁶⁰ tem contornos próprios e, para além das diferenças que se assinalam entre os mandatos das profissões, partilham a finalidade (prestação de cuidados de saúde) e a orientação da actuação dos

profissionais de saúde a partir de dois grandes princípios: a protecção da vida e o alívio do sofrimento.

1.1. É suposto (e desejável) que cada membro da equipa confie na atuação adequada dos outros, nos recíprocos espaços da competência de cada um. Ou seja, cruza-se a responsabilidade própria de cada um no cumprimento do dever de cuidado. O que não impede o juízo discricionário de cada um – até porque em algumas situações se tem (ou se julga ter) razões fundamentadas para não confiar no comportamento

⁵⁸ MUCCHIELLI, Roger – “O Trabalho Em Equipe”. S. Paulo: Martins Fontes, 1980. 7.7. Para este autor, os pequenos grupos desenvolvem-se em quatro níveis: começa-se por se constituir como *grupo nominal*, quando as pessoas se reúnem por decisão exterior e nunca trabalharam juntas; depois, o *grupo fático*, tendo-se já estabelecido relações e confiança mútua, havendo a preocupação do consenso e da integração no grupo; o nível seguinte é o do *grupo conflitual*, em que cada elemento se envolve individualmente e defende as suas ideias, havendo competição entre os membros de onde surge, muitas vezes, o líder do grupo; e, finalmente, o *grupo unitário* que se caracteriza pela maturidade do grupo, em que cada um já aceitou os outros com a sua personalidade e capacidade.

⁵⁹ Cf. PINEL, Jean-Pierre – “Ensinar e educar em instituições especializadas: abordagem clínica dos vínculos de equipe”. <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v23n4/v23n4a08.pdf>

⁶⁰ NUNES, Lucília– “*Ética das profissões de saúde*”. In SILVEIRA DE BRITO, José Henrique (Coord.) - *Ética das profissões*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia, Universidade Católica. 2007. P.99-116.

de terceiro. Há uma ponderação associada, uma espécie de princípio de vigilância, que ligue confiança e responsabilidade no respeito pelo cuidados e boas práticas.

- 1.2. A competência, enquanto *poder-capacidade para agir*, enraiza-se e é suportada por um saber-fazer, sendo por ela que se estabelecem os laços de confiança, nas relações interpessoais e se enforma o poder-de-agir, no plano institucional. Entendemos que face a uma competência reconhecida, a hierarquia perde significado e importa menos a linha hierárquica do que a resposta efectiva aos problemas. Face a uma situação concreta, é a competência que torna os profissionais capacitados e acreditados para agir, no interesse das pessoas, e se identificam os mais bem colocados para resolver o problema.
- 1.3. Um caso paradigmático das questões do trabalho em equipa e da responsabilidade profissional – e que consta nas temáticas deste curso - é o do contexto de Bloco Operatório. Como alguém já definiu, o Bloco Operatório é “o local funcional onde um número grande de indivíduos, representando três grupos diferentes – enfermagem, anestesia e cirurgia – presta cuidados a um todo, holístico e central: o doente. Essas três disciplinas têm diferentes formações, objectivos, incentivos e culturas. O ambiente ideal do Bloco Operatório realçaria as interacções colegiais e recompensaria eficiência.”⁶¹. No âmbito das intervenções cirúrgicas desenvolveu-se tradicionalmente a designada *captain of ship doctrine*⁶² que hoje, em Portugal, não faz sentido. No mesmo *setting*, ou seja, na mesma sala, vários profissionais atuam com autonomia; no Bloco Operatório, as diferentes actividades são reagrupadas segundo um plano concebido expressamente para responder ao fim ou missão do próprio Bloco. Por exemplo, as relações entre as pessoas, numa sala, organizam-se em torno de um plano, tendo cada interveniente a sua esfera de acção. E se bem que, em termos operativos, a acção seja decidida e construída nesse especial *teatro de operações* contando com os factores de incerteza e de complexidade, parece certo que cada um age de acordo do seu papel e da sua área de competência, articulando-se com os outros. De onde, a importância do trabalho em equipa multiprofissional. O cirurgião tem a seu cargo a intervenção técnica, a cirurgia e é responsável pela segurança do ato cirúrgico; o anestesista⁶³ é responsável pela avaliação pré-anestésica, realização e acompanhamento da anestesia e prevenção do risco anestésico; os enfermeiros estão distribuídos nas funções de circulante, anestesia e instrumentação, sendo que cada um deles tem a sua

⁶¹ “The operating room is the functional location where a large group of individuals representing three diverse groups—nursing, anesthesia, and surgery—deliver care to the common, unifying, and key individual: the patient. These three disciplines have disparate training, goals, incentives, and cultures. The ideal operating room environment would enhance collegial interactions and reward efficiency. Unfortunately, this is rarely obtained or appreciated.” Robert Udelsman, *The Operating Room: War Results in Casualties*. <http://www.anesthesia-analgia.org/cgi/content/full/97/4/936?ck=nck>

⁶² Segundo a qual o chefe da equipa médico-cirúrgica podia ser comparado ao capitão de um navio que dava as ordens à sua tripulação (*borrowed servants*). Consequentemente, defendia-se que o chefe de equipa devia ser responsabilizado por qualquer tipo de erro que ocorresse na sala de operações, independentemente da pessoa que o cometesse, e isto, enquanto consequência directa de não se reconhecer autonomia a ninguém, independentemente do nível de qualificação ou de especialização. Tradicionalmente, um *chefe de equipa* assumia globalmente a realização do processo terapêutico, pelo que cada acto dos *subordinados* não seria senão uma parcela delegada da actividade ; sobre o *chefe de equipa* recaíam um conjunto de atribuições desde a selecção dos colaboradores, verificação da sua qualificação técnica, orientação, supervisão e avaliação dos colaboradores.

⁶³ Cf. Nunes, J. Martins, «Da responsabilidade dos médicos anesthesiologistas. Dos diversos tipos de responsabilidade, formas de apuramento e instâncias decisórias. Consentimento informado». *Rev Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 15 (2006), p. 30.

área de trabalho definida e não podendo o enfermeiro circulante, por exemplo, ser substituído por outro que não enfermeiro. Não faz sentido que não sejam responsáveis pelas atividades que são da sua área de competência realizar. Dito de outra forma, quando em presença de diversos profissionais científica e profissionalmente autónomos, não podem uns ser responsabilizados pelos actos que outros pratiquem e cada um deve responder pela sua área de atuação e competência, não obstante trabalharem em articulação, complementaridade e como “unidade funcional”. Cada profissional é responsável pelo exercício do seu trabalho, co-responsabilizando-se pelo que é comum, no cumprimento dos deveres de articulação. Eventualmente, valerá a pena atender à ideia de que “o hospital de hoje conserva certos traços do sistema *tradicional* e do sistema *profissional liberal*.”⁶⁴.

Em síntese:

A saúde é uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento do plano de vida de cada pessoa - bem humano e social, que é área de intervenção multidisciplinar, visando assegurar as respostas às necessidades das pessoas. E as pessoas têm direito de aceder a cuidados de saúde e a tomar decisão sobre o que lhes é proposto.

*Considerem-se: o escopo das profissões autoreguladas e, em particular, o enquadramento deontológico e da disciplina; o facto da tomada de decisão (clínica e ética) ocorrer em ambientes de complexidade e incerteza bem como o pressuposto imperativo que o profissional de saúde age de acordo com a sua esfera de responsabilidade e as melhores práticas (“best practices” ou *leges artis*) do ponto de vista científico, técnico e humano.*

Ajuizar sobre as intervenções e atuações dos profissionais carece, além do enquadramento deontológico e profissional, da apreciação do contexto e da fundamentação do agir. Reconhece-se que o trabalho dos profissionais de saúde requer cooperação colectiva e que a formação de equipas de elevado desempenho é longitudinal e requer confiança, compromisso, articulação, co-operação e co-laboração. Não obstante, distinga-se a responsabilidade e acção de cada um, num contexto de atuação da equipa.

Uma nota de reforço à capacitação do cliente no sentido de reforçar a sua escolha livre e esclarecida, bem como ao respeito pela autonomia do Outro, no balanço (difícil) com a sua vulnerabilidade.

⁶⁴ GRAÇA, Luis. <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos92.html>

Referências⁶⁵

Fundamentais

AESCHLIMANN, J-C – *Éthique et responsabilité. Entretien Paul Ricœur*. Neuchâtel: La Baconnière, 1994.

ARENDT, Hannah - *A Vida do Espírito. Vol. II – Querer*. Lisboa: Instituto Piaget. 1999.

CABRAL, Roque – «Responsabilidade». *Logos*, vol. 4, p. 724.

FERREIRA DA CUNHA, Paulo – “A Justiça como Virtude e o Direito”. In *Revista Internacional d’Humanitats*. Núcleo Humanidades-ESDC. Univ. Autónoma de Barcelona. 2007. p. 23. Acessível em http://www.hottopos.com/rih_13/pfc_rih13.pdf
- “Liberdade, Ética e Direito”. In *Nomos. Revista do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Ceará* 28. n.º 2 (2008): 111-138. Disponível em <http://works.bepress.com/pfc/49>

GARAPON, Antoine — *O Guardador de promessas. Justiça e democracia*. Prefácio de Paul Ricoeur. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

GADAMER, Hans-Georg – *O Mistério da Saúde. O cuidado da Saúde e a Arte da Medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997.

GORGONI, Guido– “La responsabilité comme projet. Réflexions sur une responsabilité juridique «prospective»” in EBERHARD, Christoph - *Traduire nos responsabilités planétaires. Recomposer nos paysans juridiques*, Bruxelles, Bruylant, 2008, 756 p (131-146)
<http://www.dhdi.free.fr/recherches/theoriedroit/articles/gorgonibruylant.pdf>

HABERMAS, Jürgen - *Theory of Communicative Action: Reason and the Rationalization of Society*. v.1. Cambridge: Polity Press, 1997.

MOREIRA, Adriano – “A função das Ordens”. Colóquio “As ordens profissionais e autorregulação na sociedade portuguesa”. Organização CNOP. Março 2012. Em <http://doc.cnop.pt/2012/03/20120322-cnop-adriano-moreira.pdf>

MOREIRA, Vital - *Auto-regulação profissional e Administração Pública*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.

NUNES, Lucília – *Justiça, Poder e Responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2005.
- “Ética das profissões de saúde”. In SILVEIRA DE BRITO, José Henrique (Coord.) - *Ética das profissões*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia. 2007. p.99-116.

NUNES, João Arriscado – “Saúde, direito à saúde e justiça sanitária” in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, Dezembro 2009, p. 143-169.
www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=2305

PEREIRA, André - “Um Direito da Saúde para a Europa?” in *Debater a Europa*, Periódico do CIEDA e do CIEJD, em parceria com GPE, RCE e o CEIS20. N.2/3 Janeiro/Dezembro 2010. Disponível em: <https://infoeuropa.euroid.pt/registo/000046664/>

RICŒUR, Paul - *O Justo ou a Essência da Justiça*. Instituto Piaget. 2007.
- *Le Juste 2*. Paris: Esprit, 2001.
- *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, 1990.

RANGEL, Rui Manuel de Freitas - *A reparação judicial dos danos na responsabilidade civil: um olhar sobre a jurisprudência*. Coimbra: Almedina, 2002.

VASCONCELOS, Jorge - *A regulação em Portugal: arte nova, arte degenerada ou arte pobre?* Lição inaugural 4º Curso de Pós-graduação em Direito Público e Regulação.
http://www.fd.uc.pt/cedipre/licoes_inaugurais/CEDIPR_E_LicaoInaugural_DrJorgeVasconcelos.pdf

WIGGINS, D. F. - “*Deliberation and Practical Reason*” (1976), in RORTY, A. O. - *Essays on Aristotle’s Ethics*, University of California Press, Berkeley, 1980, pp.221-240.

Específicas – Bioética

BARBOSA, António; RIBEIRO DA SILVA, João; VALE, Fernando - *Contributos para a Bioética em Portugal*. Lisboa: Edições Cosmos/Centro de Bioética. 2002

KEMP, P; RENDTORF, J. - *Basic Principles in Bioethics and Biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Copenhagen. Draft Report of the Biomed

⁶⁵ Constam no texto, em notas de rodapé, referências eletrónicas de textos específicos do contexto em que foram referidos e que, em benefício da economia, aqui não se repetem.

II Project. Centre for Ethics and Law in Nature and Society. 1998.

NEVES, M^a Céu Patrão (coord) - *Bioética ou bioéticas na evolução da sociedade*. Centro de Estudos de Bioética / Pólo Açores. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.

NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter - *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo, 2007.

Específicas – Deontologia

CAMPOS, Alexandra; LOBATO DE FARIA, Paula – “O novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos”. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol 27, N.º 1 — Jan/Jun 2009, p. 117-133. Em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2009-1/08-2009.pdf>

DEODATO, Sérgio – Responsabilidade profissional em Enfermagem: valoração da sociedade. Tese Mestrado em Bioética. Coimbra: Livraria Almedina, 2008.

NUNES, Lucília, et al – *Código Deontológico do Enfermeiro. Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

- et al – *Código Deontológico do Enfermeiro. Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

NUNES, J. Martins – “Da responsabilidade dos médicos anesthesiologistas. Dos diversos tipos de responsabilidade, formas de apuramento e instâncias decisórias. Consentimento informado” in *Rev da Sociedade Portuguesa de Anesthesiologia*, 15 (2006).

PINA, J. A. Esperança - *A responsabilidade dos médicos*, 2.^a ed. Lisboa: Lidel, 1998.

Específicas - Trabalho em equipa

KVARNSTRÖM, S – “Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork”. *Journal of Interprofessional Care*. 2008 Mar; 22(2), 191-203:

LEATHARD, Audrey - *Going Inter-Professional: Working Together for Health and Welfare*. 2^a ed. Taylor & Francis, 2001.

MICKAN, S.M.; RODGER, S. A. – “Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions”. *Journal of Interprofessional Care*. 2005 Aug; 19(4): 358-70.

PINEL, Jean-Pierre – “Ensinar e educar em instituições especializadas: abordagem clínica dos vínculos de

equipe”. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v23n4/v23n4a08.pdf>

MUCCHIELLI, Roger – *O Trabalho Em Equipe*. S. Paulo: Martins Fontes, 1980.

Pareceres

CNECV - Parecer 14/CNECV/95, *Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde*.

CNECV - Parecer 59/CNECV/2010 - *sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade*.

Memorandos

NUNES, Lucília; RENAUD, Michel; SILVA, Miguel Oliveira da; ALMEIDA, Rosalvo (relats.) – *Memorando sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade* [site CNECV] 2010.

Tomadas de Posição

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Delegação. 2007. http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Declarações

UNESCO, Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. 2005.

Legislação

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 - aprova, para ratificação, a convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina, aberta à assinatura dos estados membros do conselho da europa em oviedo, em 4 de abril de 1997, e o protocolo adicional que proíbe a clonagem de seres humanos, aberto à assinatura dos estados membros em paris, em 12 de janeiro de 1998.

Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto. Aprova o Estatuto Disciplinar dos Médicos.

Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho. Aprova o Estatuto da Ordem dos Médicos.

Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro. Aprova o novo Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.

Lei n.º 57/2008 de 4 de Setembro. Cria a Ordem dos Psicólogos Portugueses e aprova o seu Estatuto.

Lei n.º 58/2008 de 9 de Setembro - Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores Que Exercem Funções Públicas.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Criação dos ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde).

Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. Cria unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.