

# MY CONSCIENCE YOUR MONEY – CASE STUDY

**Ana Paula de Pinho Teixeira Mendes Cabral**

ISCET | Instituto Superior de Ciências Empresariais e do Turismo

## **RESUMO**

O presente artigo tem como ponto de partida e cerne a resolução de um case-study, com implicações de diversa natureza: jurídicas, de gestão e mesmo éticas. Porém, a perspectiva escolhida e tratada é a jurídica. Após a apresentação do caso pretendeu-se apurar se, segundo o ordenamento jurídico português, ficcionando-se que a situação ocorreu no seu âmbito, foi aceitável, defensável e correcta a posição adoptada pelos profissionais de saúde envolvidos pela situação em apreço.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

direitos dos doentes; auto-determinação; liberdade religiosa; escolhas em saúde.

## **ABSTRACT**

The core of this paper is the resolution of a case study with implications of different nature: legal, managerial and even ethical. Our approach, however, we will focus on the legal aspect.

With this case, considering that it occurred under the Portuguese legislation, we aimed to determine whether the position adopted by the health professionals involved in this process was acceptable, defensible and correct.

For this purpose, an approach on the user's rights, principles involved, such as the principle of self-determination, religious freedom, and the informed consent provided by a patient was carried out.

## **KEYWORDS:**

patients' rights; religious freedom; informed consent; health choices.

## 1. INTRODUÇÃO

o presente artigo traduz a apresentação, análise e resolução de um case study - *My Conscience Your Money*. Alguns aspectos de diferente natureza estão implicados nesta hipótese. À partida, podemos referir aspectos concretizados numa vertente jurídica, da qual nos vamos ocupar especialmente, uma vertente ética e outra de gestão.

Apesar destas diferentes implicações do caso, reiteramos que vamos centrar a nossa atenção na vertente jurídica, ao abrigo do ordenamento jurídico português, limitando-nos apenas a fazer uma breve referência às outras duas.

Mais concretamente, vamos focalizar a resolução deste caso na tutela dos direitos dos doentes, mais especificamente, no direito à autodeterminação, à liberdade religiosa, em matéria de cuidados de saúde, não podendo deixar de referir a existência ou não da prestação do consentimento, devidamente informado, por uma doente, cerne da hipótese em apreço.

## 2. APRESENTAÇÃO DO CASE STUDY - MY CONSCIENCE YOUR MONEY

A young woman in her twenties, a Jehovah's Witness, had an ectopic pregnancy that now needed immediate surgical attention. She was told before surgery that there was a good chance she would need to be transfused. She unequivocally refused transfusion in accord with her religious faith, even after being told that such refusal might result in her death. She did in fact experience very serious blood loss and her haemoglobin was down to three. She was very near death. In order to save her life a radical procedure was attempted. She was deliberately put into a chemical coma and completely paralyzed to slow down her life processes. She was placed on a ventilator in the Intensive Care Unit for a period of perhaps two weeks. During this period she was given a very expensive drug called Neupogen to address the haemoglobin problem. This strategy worked. Her life was saved, but at a cost that may have approached \$100,000 – a cost that had to be absorbed completely by the hospital. Were the physicians and nurses morally obligated to save her life under these circumstances? Did she really have a “just claim” to that \$100,000 worth of medical care? That is, if her initial refusal of blood products were honoured, and if her willingness to accept death in the face of potential blood loss were also honoured (hence, no heroic efforts to save her life), could anyone justifiably claim that her moral rights would then have been violated?

## 3. SÍNTESE DA SITUAÇÃO DE FACTO

Ficcionemos que uma utente do Serviço Nacional de Saúde, com uma gravidez ectópica e sendo testemunha de Jeová precisou de uma intervenção cirúrgica urgente. Antes dessa intervenção declarou, inequivocamente, que recusava qualquer transfusão de sangue, porque isso iria contra as regras da confissão religiosa que abraça. Esta opção tomou-a, mesmo que ela implicasse que a sua vida ficasse em perigo.

Efectivamente, essa situação verificou-se, e ela apenas sobreviveu, porque lhe foi induzido o coma, tendo-lhe sido administrada uma droga especialmente cara (100.000 dólares), valor suportado, na íntegra, pelo hospital, onde estava internada.

Questiona-se se é exigível esta solução, alicerçada no princípio da auto-determinação deste sujeito jurídico e da tutela da sua liberdade religiosa. Inversamente, também se questiona se é aceitável, dado que esta situação determinou um elevado encargo para o hospital e os recursos são parcos, que este dispêndio tenha determinado, o que necessariamente ocorreu, que outras prestações de cuidados de saúde, indispensáveis para outros doentes, tenham resultado prejudicadas.

Será que os profissionais de saúde aqui envolvidos tinham a obrigação de actuar como actuaram ou não, devendo ter actuado de forma diferente?

#### 4. ABORDAGEM JURÍDICA DO CASO

Analisando o caso, há que ponderar as implicações jurídicas aqui presentes, sempre tendo como fim último a sua resolução.

Em sede de princípios, podemos começar por mencionar, até porque o ordenamento jurídico português é um ordenamento de raiz humanista e cariz antropológico, o princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana como valor fundamental, com consequências da máxima importância.

A dignidade da pessoa humana tem que ser conjugada com o direito de desenvolvimento da personalidade<sup>1</sup>, com o princípio da autodeterminação, o princípio da liberdade religiosa<sup>2</sup>; o princípio da igualdade de tratamento e da não discriminação<sup>3</sup>, e, por fim, a exigência de consentimento informado<sup>4</sup> e todo o seu envolvimento.

A análise e resolução do presente *case study* implica igualmente a ponderação e apreciação dos direitos dos utentes presentes nesta hipótese de trabalho.

Ora, relativamente aos direitos dos utentes, começaremos por fazer uma pequena exposição quanto àqueles que vigoram no ordenamento jurídico português para depois nos determos naqueles que eventualmente possam estar directamente ligados a este caso.

Constata-se uma pulverização destes direitos no ordenamento jurídico português. Podem ter fonte nacional, estando mesmo consagrados em diversos diplomas legais, especificamente direccionados para a regulação do sector da Saúde, bem como diplomas de natureza geral, podendo ainda ter fonte internacional.

No que toca aos diplomas de fonte nacional, começamos por referir a Lei do Serviço Nacional da Saúde (SNS)<sup>5</sup>, que o instituiu, regulamentando o direito à protecção da Saúde<sup>6</sup>. Aqui se estabelece o princípio geral da garantia de acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social a todas as prestações abrangidas pelo SNS, aceitando-se apenas a restrição dos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Também é de notar um conjunto de direitos reconhecidos e garantidos pelos prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS, como é o caso da liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde (também limitada pelas restrições decorrentes do limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros, além da distribuição racional e regional dos serviços), respeito pela dignidade dos utentes e preservação da intimidade da sua vida privada, direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS, direito a indemnização por danos (responsabilidade civil extracontratual do Estado, por actos de gestão pública), direito a reclamar, a fazer petições, sugestões ou queixas; direitos dos utentes do SNS aos cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença; aos cuidados médicos e enfermagem, ao internamento hospitalar; ao transporte de doentes (por indicação médica); aos elementos complementares de diagnóstico e tratamentos especializados, etc..

A Lei de Bases da Saúde (LBS)<sup>7</sup>, diferencia os direitos dos cidadãos à saúde dos dos utentes do Sistema de Saúde - “estatuto dos utentes”, revestindo os primeiros de âmbito mais genérico.

---

1 - Consagrado no artigo 26º, nº 1 Constituição da República Portuguesa (CRP).

2 - Direito fundamental consagrado no artigo 41º da CRP.

3 - Artigo 13º da CRP.

4 - Cujas consagração legal iremos abordar mais à frente.

5 - Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.

6 - Consagrado no artigo 64º da CRP.

7 - Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

Reconhece-se o direito dos cidadãos a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses, bem como o direito à liberdade de escolha no acesso à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, também no limite dos recursos disponíveis e da organização dos serviços. Novamente o direito à liberdade de escolha do serviço e agentes prestadores, no âmbito do sistema de saúde, limitado pelos recursos existentes e regras organizatórias, é reconhecido neste diploma. O direito a consentir ou recusar a prestação de cuidados proposta, direito a ser tratado pelos meios adequados, com humanidade, prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito, direito ao respeito pela confidencialidade dos dados pessoais revelados, direito a ser informados sobre a situação clínica, direito à assistência religiosa, direito a apresentar queixas e reclamações e à indemnização por prejuízos sofridos, direito a constituir entidades que representem e defendam os seus direitos e interesses, que colaborem com o Sistema de Saúde na promoção e defesa da saúde.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde,<sup>8</sup> visando a regulamentação da LBS refere-se ao direito à assistência religiosa.

Igualmente existe legislação extravagante, onde outros direitos são referidos. É o caso do Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde, cujo objecto é assegurar a prestação de assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do SNS.

A Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto aprovou os termos a que deve obedecer a redacção e publicação, pelo Ministério da Saúde, da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utes do SNS, de modo a garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e entidades convencionadas, no tempo tido como clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente,<sup>9</sup>.

A Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, sobre a Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde definiu os conceitos de informação de saúde, informação genética, de circulação de informação de saúde. Estabeleceu que a informação de saúde (onde se inserem os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos) é propriedade da pessoa, do utente, sendo os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde apenas depositários dessa informação, pelo que esta só pode ser utilizada no âmbito da prestação de cuidados, da investigação em saúde e outros fins estabelecidos pela lei.

Não é de esquecer que, apesar de se prever neste diploma que o acesso à informação de saúde só pode ocorrer, pelo seu titular ou alguém por si autorizado, através de um médico, este regime apenas se aplica nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de natureza privada. Na verdade, Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização, sendo por isso esta a legislação aplicável ao acesso à informação em saúde nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de natureza pública.

A Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho, sobre o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS, reconheceu a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do SNS o direito de acompanhamento. Já a Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro consagra o regime do acompanhamento familiar em internamento

8 - Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

9 - Para regulamentar esta Lei, a Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS (Consulta a Tempo e Horas – CTH). Esta Portaria também publicou a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utes do SNS, que reconhece direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde. É o caso, nomeadamente, do direito à prestação de cuidados em tempo clinicamente aceitável para a sua condição de saúde; direito ao registo imediato em sistema de informação do pedido de consulta, exame médico ou tratamento, direito ao posterior agendamento da prestação de cuidados segundo a prioridade da sua situação, direito ao cumprimento dos TMRG e direito a reclamar para a ERS sempre que os mesmos não sejam cumpridos.

hospitalar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde.

A Lei n.º 44/2005, de 29 de Agosto aprovou a Lei das Associações de Defesa dos Utentes de Saúde, consagrando direitos de participação e de intervenção destas associações junto da administração central, regional e local.

A Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, como as pessoas com doença mental.

A Lei n.º 45/2003 de 22 de Agosto, que regula as bases das terapêuticas não convencionais, consagra o enquadramento da actividade e do exercício dos profissionais que as aplicam, de acordo com as definidas pela Organização Mundial de Saúde.

Aqui se consagram os princípios orientadores destas terapêuticas, de que decorrem os direitos dos próprios utentes, como é o caso do direito individual de opção pelo método terapêutico, baseado em informação devidamente prestada, sobre a inocuidade, qualidade, eficácia e eventuais riscos, defesa da saúde pública, no respeito do direito individual de protecção da saúde, defesa dos utilizadores, que exige que estas terapêuticas sejam exercidas com um elevado grau de responsabilidade, diligência e competência, com base na qualificação profissional de quem as exerce e na respectiva certificação, a defesa do bem-estar do utilizador, incluindo a complementaridade com outras profissões de saúde.

Para além dos diplomas legais supra mencionados, no ordenamento jurídico português, existem alguns com a designação de Carta de Direitos, não significando com isso que todos tenham igual força e vinculação jurídica. É o caso da Carta dos Deveres dos Doentes, da Direcção Geral de Saúde e da Carta dos Direitos do Doente Internado.

Digno de nota é o projecto da Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde, da autoria da Entidade Reguladora da Saúde, que se subdivide no acesso aos cuidados de saúde: direito de acesso à saúde, acesso aos cuidados de saúde garantido pelo SNS, acesso aos cuidados de saúde garantido pelos seguros de saúde, acesso aos cuidados de saúde através de financiamento próprio, decisão em cuidados de saúde, para além de outros direitos dos utentes, como o direito à reclamação, à representação e associação, à prevenção e promoção da saúde, à assistência religiosa, ao acompanhamento, às discriminações positivas, ao tratamento pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correcção técnica, respeito e privacidade.

Referimos também alguma legislação geral com implicações na Saúde, como é o caso da Lei n.º 24/96, de 31 de Julho, a Lei do Consumidor, e mesmo o próprio Código Penal, no que ao consentimento diz respeito. Depois deste excursão pela panóplia dos direitos dos utentes no ordenamento jurídico português, vamo-nos deter naqueles direitos que têm implicação directa na resolução do presente exercício.

É o caso da liberdade de consciência, de religião e de culto. Este é um direito que recebeu consagração constitucional no artigo 41º da CRP.

Nos termos do número 2 deste artigo estabeleceu o legislador que *ninguém pode ser perseguido, privado de direitos ou isento de obrigações ou deveres cívicos por causa das suas convicções ou prática religiosa*.

Assim, esta doente, que perfilha uma convicção religiosa, segundo a qual não pode receber transfusões de sangue, terá o direito a poder cumprir estas regras da religião que perfilha e, simultaneamente, o direito a receber o devido tratamento, revestido do nível da melhor qualidade.

Esta afirmação leva-nos a ponderar o princípio da igualdade, que recebeu a sua consagração igualmente no texto fundamental, no seu artigo 13º, onde se estabelece que: *todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei*.

*Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.*

Ora, assim sendo, esta doente, tal como qualquer outro que não perflhe a sua confissão religiosa, tem direito a receber o melhor cuidado de saúde, dentro dos limites dos recursos existentes, não se vendo violentada a violar os princípios impostos pela sua religião.

No que respeita ao direito à autodeterminação em cuidados de Saúde, importa referir que este direito consubstancia uma das mais importantes dimensões da protecção da integridade pessoal e liberdade do indivíduo.

Através do seu exercício é consentida ou recusada a prestação de cuidados de saúde proposta pelo médico, afastando-se a possibilidade de qualquer tratamento coercivo.

O exercício deste direito assegura a protecção do bem jurídico liberdade de dispor do corpo e da própria vida. Por outro lado, há que notar que este tipo de intervenção coerciva pode, no limite, subsumir-se num tipo legal de crime – intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários - consagrado no artigo 156º do Código Penal.

De facto, a transfusão de sangue contra a vontade de uma testemunha de Jeová, capaz de exercitar pessoal e autonomamente o seu direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, mesmo quando aquela é indispensável para salvar a sua vida, constitui também um atentado contra a autodeterminação do paciente.

Mas, segundo o nosso entendimento, nos termos do que o artigo 156º do Código Penal dispõe, há que proceder à hierarquização de valores.

Ora, não obstante a defesa da autodeterminação dos sujeitos, jamais a vida pode ser colocada num plano de inferioridade, relativamente àquela. Bem ao invés, deve prevalecer sempre a vida como bem jurídico fundamental. Também há que distinguir a recusa de transfusão de sangue por uma testemunha de Jeová, da recusa da prestação de um qualquer tratamento em benefício da sua saúde<sup>10</sup>.

No caso concreto, a doente, ao rejeitar expressamente a transfusão de sangue não rejeitou que lhe fossem prestados cuidados de saúde.

Podemos defender a existência de consentimento presumido relativamente a esta prestação, concretizada no recurso a um tratamento alternativo à transfusão de sangue.

Não obstante, tal como afirmámos supra, o nosso enfoque, na resolução do presente caso, ser o da perspectiva jurídica pressuposta, não podem deixar de ser tidas em conta as implicações financeiras do acolhimento da pretensão desta doente. É que, deste acolhimento decorre necessariamente um aumento da despesa. Não pode deixar de ser considerado o problema da insustentabilidade financeira do SNS (ficcionalmente que este caso ocorreu em Portugal e, conseqüentemente com uma utente do SNS).

Estas questões implicam obrigatoriamente que seja feita a ponderação da necessidade de priorização expressa na prestação de cuidados de saúde, segundo um dos modelos já consagrados ou um qualquer modelo novo, adaptado ao sistema de saúde português. Ou seja, existindo sempre uma priorização implícita, que se traduz na opção, em cada sistema de saúde, pela prestação de determinados cuidados de saúde face a outros, pode o próprio Estado estabelecer assumidamente quais as prestações que são assumidas por si, por serem tidas como mais relevantes e quais as que não devem ser prestadas a expensas directas do erário público. É que, os recursos são escassos sendo necessário fazer uma racional alocação dos mesmos. Pois, se tal não ocorrer, acabam por não poder ser satisfeitas as prestações de cuidados de saúde mais significativas para outros potenciais utentes.

Por força da existência de limitação de recursos humanos, tecnológicos e financeiros do sistema de saúde  
10 - Note-se o conceito de Saúde, segundo a OMS, como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

público, é necessário medir correctamente o impacto das crenças dos indivíduos nos cuidados de saúde, como um dos preços a pagar pela sociedade para assegurar o respeito pela liberdade de consciência e de religião de cada um, independentemente de a liberdade religiosa ser um direito fundamental. Porém, a concretização desta liberdade tem que ser muito bem ponderada, sob pena de pôr em crise outros direitos fundamentais e, neste caso concreto, o direito social de protecção à saúde, consagrado no artigo 64º da CRP, de outros potenciais utentes dos serviços de saúde.

Outro aspecto importante a ter em atenção no presente caso é o consentimento informado.

Quando se fala em consentimento informado há que esclarecer o que pode ser considerado como tal e em que termos este deve ser prestado.

Genericamente, há que aquilatar se a prestação de informação, pressuposta para que a prestação do consentimento seja devidamente informada e esclarecida acontece ou não.

Para que tal tenha lugar, naturalmente que a informação<sup>11</sup> tem que ser prestada devidamente, de forma clara e esclarecedora, por quem conhece a situação. Em bom rigor, pelo profissional de saúde que vai prestar o cuidado de saúde ou, pelo menos, por alguém da sua equipa, que domine o caso concreto, conhecendo-o perfeitamente. Assim, no presente caso teremos que apurar quem informou esta mulher quanto à sua situação e implicações das prestações a ministrar, bem como das medidas alternativas. Em suma, há que saber quem informou, quem esclareceu e se o fez devidamente ou não.

Só assim se pode considerar que o consentimento foi devidamente prestado. Quando se afirma que a doente, mesmo sabendo que a não realização de uma transfusão de sangue imediata poderia pôr em risco a sua vida, recusou o seu consentimento, pressupomos que ela o fez, ou seja recusou o consentimento devidamente esclarecido, à transfusão, mas prestou o seu consentimento para qualquer outra prestação de cuidados de saúde que não esta.

De facto, o doente é mesmo titular do direito a não saber da sua situação de saúde Desde que devidamente informada, a recusa à prestação do consentimento pode ocorrer e é válida.

O consentimento pode ser expresso ou tácito. Quanto à forma de prestação do consentimento, defendemos que vigora aqui o princípio da liberdade de forma, embora haja quem defenda a exigência de forma escrita. Quem tem capacidade para consentir é, desde logo, quem detenha compreensão. Para poder consentir é necessária a capacidade para tal, que reconhecemos genericamente aos adultos capazes e a alguns menores que já tenham a compreensão da realidade, devendo ser-lhes permitida a sua manifestação de vontade relativamente a algo que lhes diga respeito directa e intrinsecamente.

O consentimento tem que ser livremente consentido e é a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e liberdade de escolha.

Ora, no caso em apreço, partimos do pressuposto de que a mulher objecto desta situação tinha capacidade para consentir e por isso recusou validamente o seu consentimento para a realização da transfusão de sangue, o mesmo não se dizendo relativamente a qualquer outra prestação alternativa de cuidados de saúde, como supra já referimos.

O consentimento está intrinsecamente ligado a considerações éticas.

Tem a ver com o respeito pela pessoa, com a individualidade, com a capacidade de escolha e de auto-determinação, todas estas razões fundamentais para a existência do consentimento informado.

11 - Pressuposto do direito ao consentimento é o dever de informar. Porém, existem excepções a este dever.

Não podemos deixar de referir o designado privilégio terapêutico, que ocorre nas situações em que cabe ao médico decidir se, perante o doente em concreto, a comunicação e esclarecimento da sua situação de saúde lhe pode causar, atendendo às suas características, maior prejuízo do que a sua não comunicação. Nestas situações deve o médico decidir não solicitar o consentimento informado, começando por não prestar o devido esclarecimento, pressuposto daquele.

A aplicação do consentimento informado respeitando as exigências éticas, implica um processo onde o doente tem que ter autonomia e liberdade, sendo a responsabilidade um aspecto fulcral da informação a ser-lhe fornecida, segundo a interpretação do profissional de saúde, em respeito pelo princípio da verdade. Mas existem limites à prestação do consentimento, como sejam: o insuficiente conhecimento dos efeitos dos tratamentos, problemas de comunicação, nomeadamente por se tratar de doentes com limitações na capacidade de compreensão, escolha ou mesmo de decisão.

Em caso de incapacidade, a decisão deve ocorrer sempre no interesse do doente<sup>1,2</sup>.

Em suma, falamos um pouco do direito ao consentimento e do correspondente dever de esclarecimento terapêutico, ou seja, da comunicação de todas as informações necessárias para que o doente cumpra devidamente a prescrição que lhe é dirigida ou se prepare para uma intervenção diagnóstica ou curativa. Trata-se de um esclarecimento para autodeterminação. Implica a prestação da informação adequada e necessária para o doente poder consentir ou recusar uma intervenção médica, escolher entre as alternativas apresentadas. Por fim, note-se a característica da revogabilidade do consentimento pois a todo o momento o doente pode revogar o consentimento prestado.

##### 5. SÍNTESE DA RESOLUÇÃO DO CASO

Em causa estão o direito à autodeterminação, a liberdade religiosa, o direito à prestação do consentimento informado e à recusa de consentimento.

A decisão de uma testemunha de Jeová, como é o caso desta mulher, não fazer uma transfusão de sangue é uma decisão de consciência, no exercício da sua liberdade de consciência (41º CRP). Tem a faculdade de escolher os próprios padrões de valoração ética ou moral da conduta própria e alheia. A recusa da transfusão tem que ser uma decisão livre, responsável, esclarecida, consciente, podendo levar ao sacrifício da vida humana.

Foi essa recusa que teve lugar.

Aliás, qualquer doente tem direito à recusa do tratamento, desde que informada, o que foi o caso.

Mas também tem direito à integridade física e moral (art. 25º, nº 1 CRP) pelo que, pela ponderação dos diversos aspectos, podemos concluir que esta doente não queria deixar de ser tratada, desde que esse tratamento não pusesse em causa a suas convicções religiosas. Assim, existiu consentimento presumido para os outros tratamentos, tais como o que efectivamente lhe foi ministrado.

Só uma pequena nota quanto aos outros aspectos aqui já referidos como sejam as implicações em termos de boa ou má gestão que esta situação implica. Com efeito, o dispêndio para salvaguardar esta situação foi tão grande que outros tratamentos a outros doentes podem ter deixado de poder ser ministrados, dada a precariedade de recursos.

Porém, desde o início dissemos que apenas nos debruçaríamos sobre a perspectiva jurídica do caso.

##### CONCLUSÃO

Na perspectiva da autodeterminação, dos direitos dos doentes, conjugados com a liberdade religiosa, foram acautelados os direitos desta doente, que prestou o seu consentimento, expresso, traduzido na recusa da transfusão de sangue, segundo a sua autodeterminação. A prestação de cuidados de saúde que lhe foi prestada foi-o segundo um consentimento presumido. O seu direito à liberdade religiosa foi salvaguardado. Porém, resta saber se as escolhas em Saúde, que têm sempre que ocorrer atendendo à escassez de recursos e à necessidade de alocação racional dos mesmos, foram efectuadas da melhor forma, mas esta é uma questão directamente relacionada com a perspectiva de gestão implicada por este caso, a qual nos limitamos a aflorar.

12 - Não é de esquecer a existência de situações em que o risco para a saúde pública prevalece sobre a prestação do consentimento.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- BARROS, P. P., Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos, Almedina, Coimbra, 2006.
- CABRAL, M. V., Silva, P. , O Estado da Saúde em Portugal, Imprensa de Ciências Sociais e Ministério da Saúde, 2009.
- CABRAL, N. da C. (organização), A Reforma do Sector da Saúde. Uma Realidade Iminente?, Instituto de Direito Económico Financeiro e Fiscal FDL, Almedina, Coimbra, 2010.
- CHEVALIER, F. , LÉVITAN, J. , Les Hôpitaux dans les 27 pays de l' Union Européenne, Edições Dexia, 2008.
- CONFRARIA, J., Regulação e Concorrência. Desafios do Século XXI, Universidade Católica Editora, Lisboa, 2005.
- GOUVEIA, V. Rodrigo, Os serviços de interesse geral em Portugal, Coimbra Editora, Coimbra, 2001.
- MOREIRA, V., Maças, F. , Autoridades Reguladoras Independentes. Estudo e Projecto de Lei-Quadro, Coimbra Editora, Coimbra, 2003.
- NUNES, R., Regulação da Saúde, 2ª edição, Vida Económica, Porto, 2009.
- NUNES, R., REGO, G.: Prioridades na Saúde, McGraw Hill, Lisboa, 2002.
- NUNES, R. (coordenação), Política de Saúde, Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto, Porto, 2003.
- PORTER, M. E., TEISBERG, E. O., Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, Harvard Business School Press, USA, 2006.
- REGO, G., NUNES, R., Gestão da Saúde, Prata e Rodrigues, Lisboa, 2010.
- REGO, G., Gestão Empresarial dos Serviços Públicos. Uma Aplicação ao Sector da Saúde, Vida Económica, Porto, 2008.