

Conspiração de silêncio: análise bioética a partir de um caso clínico

The collusion of silence: bioethical analysis of a clinical case

Ana Rita Aguadeiro¹, Sara Faustino²

¹ USF Santiago e ECSCP – ACeS Arrábida, Portugal

² USF Conde Saúde – ACeS Arrábida, Portugal

Palavras-chave

Comunicação; conspiração do silêncio; bioética; ética deontológica.

Resumo

Introdução: Uma boa comunicação em cuidados paliativos é um instrumento poderoso que visa aliviar o sofrimento sem equívocos, sem assustar, devendo transmitir serenidade e confiança. A conspiração do silêncio é um grande obstáculo ao processo de cuidar em fim de vida. Para a família, manter o silêncio acerca do estado das coisas tem o objetivo de proteger e de não agravar a situação psicológica da pessoa doente. Neste enredo, o profissional de saúde confronta-se com fortes constrangimentos que colocam em causa princípios éticos, normas legais e deontológicas pelos quais se regem. A bioética pretende ajudar a refletir sobre os conflitos e problemas com os quais nos vamos deparando profissionalmente.

Objetivo: Desenvolver uma reflexão com base nos princípios da bioética sobre uma situação de conspiração do silêncio.

Materiais e Métodos: Reflexão ética com ponto de partida num caso clínico representativo, assente em pesquisa bibliográfica.

Discussão: A reflexão ética exige ser guiada pelo respeito à pessoa humana, que é um ser único, multidimensional e dotado de dignidade. A dignidade assume-se como princípio ético, moral e legal. A conspiração do silêncio analisada à luz dos princípios da bioética conduz-nos numa reflexão sobre uma situação frequente na nossa prática clínica. Esta situação priva o doente de exercer a sua autonomia e de receber uma abordagem holística justa de cuidados.

Conclusão: A privação de informação à pessoa coloca em causa o princípio ético da dignidade humana, privando-a de usar livremente a sua autonomia e de decidir sobre o que será o melhor para si. Todos os princípios éticos são indissociáveis e devem ser abordados num todo. O direito à informação esclarecida é fulcral para uma escolha consciente por parte do utente.

Keywords

Communication; collusion of silence; bioethics; deontological ethics.

Abstract

Introduction: Good communication in palliative care is a powerful instrument. It aims to alleviate suffering without eliciting misunderstandings or fear. It should convey serenity and trust. The collusion of silence is a major barrier to the end of life caring process. For the family, keeping the silence about the situation aims to protect the patient's psychological well being without

undue stress. Caught between the two parties, the health professional must consider the constraints that challenge ethical principles, and legal and deontological norms. Bioethical reasoning helps us to consider the conflicts and problems we face in our professional activity.

Aim: To develop a reflection based on the principles of bioethics about a situation of collusion of silence.

Materials and Methods: Ethical discussion originating in a clinical case, based in a literature review.

Discussion: Ethical reasoning is guided by the respect towards the human being – unique, multidimensional and possessing inherent dignity. Dignity is assumed as an ethical, moral and legal principle. The collusion of silence from the standpoint of ethical principles is the leitmotif of a reflexion on a common situation in clinical practice. This situation deprives the patient from exercising his/her autonomy and from receiving fair and holistic care.

Conclusion: Withholding information from the patient challenges the ethical principle of human dignity, depriving him/her of the free use of autonomy to decide on the best course to follow. Ethical principles are indissociable and must be approached as a whole. The right to clear information is essential for conscious choices from the patients.

Introdução

A comunicação é um ato de profunda complexidade que pressupõe uma ação de reciprocidade entre o interlocutor e o recetor, quer na sua forma verbal quer na forma não verbal, ambas essenciais à resposta adequada às necessidades da pessoa (intelectuais, afetivas, morais e sociais).^{1,2}

A comunicação deve ser adaptada ao estado específico do doente e da família por forma a se estabelecer uma relação de parceria e confiança. Uma boa comunicação em cuidados paliativos é um instrumento poderoso que visa aliviar o sofrimento sem equívocos, sem assustar, devendo transmitir serenidade e confiança.²

Muitos doentes e familiares atravessaram um percurso terapêutico desafiador, exigindo do profissional que o segue uma sensibilidade aumentada para o manejo de informação através de uma comunicação sensível, sobretudo na transmissão de más notícias. Estas acarretam alterações importantes na vida da pessoa doente, forçando-a a ajustamentos perante uma ameaça, muitas vezes vista como inultrapassável e que leva o indivíduo a confrontar-se com as suas expectativas e os seus limites.^{1,3,4}

Por ser um contexto sensível, no que toca às questões de fim de vida, as famílias muitas vezes revelam dificuldade em lidar com o sofrimento imaginado do seu familiar perante a confrontação com a gravidade da sua situação clínica e não se apercebem, ou não querem perceber, que, muitas vezes, ele já a conhece e a vivencia sozinho.^{2,5} Por outro lado, o próprio doente pode esconder o que sabe e sente para poupar os seus entes queridos ao tormento com que se depara. Não há coragem para discutir abertamente as exigências da nova etapa de vida e os silêncios aumentam entre a família e a pessoa doente, surgindo assim a conspiração do silêncio como um grande obstáculo ao processo de cuidar em fim de vida.^{2,5}

É nesta espécie de “conspiração altruísta”, em que a família pretende manter o silêncio acerca do estado das coisas com o objetivo de a proteger e não agravar a situação psicológica da pessoa doente, que o profissional de saúde se pode ver confrontado com fortes constrangimentos que coloquem em causa princípios éticos e normas legais e deontológicas pelos quais se regem. Neste trabalho, propomo-nos realizar uma reflexão ética sobre um caso real de conspiração do silêncio do ponto de vista do profissional de saúde. Não nos podemos esquecer que a profissão médica se rege por princípios próprios, os da Deontologia

Médica, cuja diferença para com a Ética e a Moral decorre da própria origem das normas, que são “estabelecidas pelos próprios profissionais, depois de reflexão sobre a prática e tendo como base o que favorece e prejudica a profissão”.⁶ Assim sendo, iremos enquadrar a nossa conduta deontológica ao longo da reflexão em princípios éticos.

Materiais e Métodos

Pesquisa bibliográfica e reflexão pelas autoras com recurso a livros e artigos científicos após consulta de fontes de informação, tendo como ponto de partida um caso clínico.

Descrição do Caso Clínico

ML é uma senhora de 67 anos que foi admitida na unidade de cuidados paliativos (UCP) com diagnóstico de neoplasia do cólon metastizada para controlo sintomático. Na altura da admissão, o seu marido solicitou à equipa médica, em privado, que esta mantivesse segredo quanto à gravidade da situação clínica de ML, pois esta, segundo o marido, “não aguentaria esse desgosto” e tinha existido um esforço conjunto com o oncologista para que ela não soubesse. No contacto com a equipa, ML revela preocupação com o seu estado de saúde e pergunta “o que tenho?”. Foi feita uma primeira abordagem, tentando perceber apenas o que a doente sabia sobre a sua situação, apurando-se que sabia do diagnóstico inicial de cancro nos intestinos e que o tratamento não tinha corrido como se esperava. Não se abordou neste momento a terminalidade da situação, uma vez que a utente ainda se encontrava há pouco tempo na instituição e não se tinha conseguido ainda estabelecer uma relação de confiança e segurança. Em outro contacto com a equipa, pede que se agende consulta com o oncologista, porque se sente pior e precisa mesmo de falar com ele.

Foi agendada uma conferência familiar para três dias depois, mas ML acaba por falecer no dia seguinte.

Este caso reflete uma realidade frequente da nossa prática clínica enquanto médicos – o da solicitação de ocultação de informação que, em casos extremos, e não tão pouco frequentes na realidade de cuidados paliativos, pode tornar-se uma autêntica conspiração do silêncio.

1. Bioética e dignidade

“Agi de forma mais adequada?” e “Fiz o que deveria ser feito pelo meu doente?” são perguntas que pairam ao final de um dia de trabalho na área da saúde.

A bioética pretende ajudar a refletir sobre os conflitos e problemas com os quais nos vamos deparando profissionalmente.⁷ O termo “bioética”, introduzido em 1970 por Van Potter, culmina na fusão entre o conhecimento da biologia e um sistema de valores humanos, que se pretendia que “ajudasse a humanidade a participar de forma racional mas cautelosa no processo de evolução biológica e cultural”.⁸

Enquanto médicos, temos o privilégio e a responsabilidade de trabalhar com o fundamento ético estrutural que é a pessoa. Cada pessoa é um ser humano único e provido de dignidade. A dignidade é um valor autónomo e específico, que reflete o valor intrínseco não instrumental do ser humano.⁹ Neste sentido, surgiu a Declaração Universal dos Direitos Humanos,¹⁰ que expressa a dignidade humana na sua conceptualização, no rescaldo da Segunda Guerra Mundial “em que o homem foi uma coisa aos olhos do homem”, como descreveu Primo Levi.¹¹ Nesta declaração, reafirmada pela Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais,¹² consta que toda a pessoa tem “direito à liberdade de opinião e expressão [...] inclui a liberdade [...] procurar receber e transmitir informações [...]” (artigo XIX).

A dignidade, para além de princípio ético, assume-se também como princípio moral e como princípio estruturador consagrado no artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa.¹³ É também consagrada a liberdade de expressão nos artigos 10.º e 37.º, onde se pode ler que “todos têm o direito de exprimir e divulgar livremente o seu pensamento [...] bem como o direito de informar, de se informar e de ser informados, sem impedimentos nem discriminações”.¹³

A pessoa não é só a sua dimensão biológica – aquela que nós médicos erradamente damos mais atenção –, mas para o seu todo contribuem também as dimensões psicológica, social e espiritual.⁷ A pessoa caracteriza-se pelas suas dimensões em constante mutação processual e construtiva devido ao ambiente que a rodeia – na citação do filósofo Ortega y Gasset “eu sou eu e a minha circunstância”.¹⁴

Assim, uma reflexão ética só existe quando guiada pelo respeito à pessoa humana (entendida como

um ser único, que é uma totalidade e dotado de dignidade) e não se encerra em si própria, pois as suas conclusões são mutáveis e passíveis de discussão. Partindo deste preâmbulo, vamos então centrar-nos na pessoa ML e desenvolver uma reflexão ética utilizando os princípios bioéticos.

2. Princípios da Bioética

2.1. Beneficência

O princípio da beneficência assenta no conceito de fazer o bem.¹⁵ Fazer o bem em medicina é maximizar os benefícios possíveis da nossa intervenção, proporcionando bem-estar ao doente. Na definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde,¹⁶ o bem e este princípio estão subjacentes na melhoria da qualidade de vida e no alívio do sofrimento do doente.

Neste contexto, interrogamo-nos sobre a noção de bem – será o bem transversal a todos? E quem sabe o que é o melhor – o médico, o doente?

Quando analisamos este princípio, não podemos deixar de refletir sobre a influência do paternalismo hipocrático na nossa prática clínica.^{7,17} Classicamente, o médico decidia pelo doente, pois sendo detentor do saber técnico saberia o que é melhor, assumindo uma posição hierárquica superior. Ainda nos dias de hoje nos deparamos com esta influência cravada nos doentes quando nos respondem “o que for melhor, o doutor é que sabe”. No entanto, é direito do doente participar na escolha do que constitui o bem e o melhor para si. Quando, enquanto profissionais, adotamos posturas paternalistas, não respeitamos a autonomia do doente, interferimos com a sua liberdade e não permitimos que revele os seus desejos e consequentemente nos revele o que para si é o melhor. O “melhor” não é universal, é uma variável complexa que depende das vivências e das circunstâncias de cada pessoa. Portanto, o médico tem o dever, não só ético como deontológico, de informar e de adaptar a informação à pessoa, capacitando-a para exercer a sua autonomia.

No caso que agora se analisa, ML sabia o seu diagnóstico, mas não sabia o prognóstico do mesmo. Assim, podemos considerar que foram omitidas informações sobre o seu estado clínico. O marido teve a intenção de proteger a esposa com a crença de que assim lhe evitaria sofrimento.

Na literatura, encontramos a expressão “ostracismo emocional doloroso” utilizada em relação a esta atitude de objetivar uma proteção ao doente,

impedindo-o de ter consciência do seu estado, o que por outro lado lhe permitiria expressar medos, dúvidas e tomar as suas próprias decisões.¹⁸

Podemos também pressupor que o marido se protegia a si mesmo, pois esta omissão permitia-lhe ocultar os seus próprios sentimentos e angústias que se anteviam na possibilidade de morte da esposa.

Em situações de doença grave, cabe ao médico e restantes profissionais envolvidos o reconhecimento do sofrimento da família que está na base destes pedidos de ocultação de informação ao doente. Nunca se deve descorar que o foco da prestação de cuidados é, em primeira análise, a pessoa, mas a família tem de ser também acolhida na nossa intervenção.

Enquanto profissionais, podemos ser tentados a usar a fuga e a negação como forma de gerir medos pessoais. Assim, a informação não será dada ao doente em prol de um interesse próprio, mas alegando beneficência para o doente.¹⁹ A verdadeira beneficência é fazer o bem, não apenas do ponto de vista médico, mas também segundo o que o próprio paciente considera benéfico para si mesmo. Nesta situação, não houve tempo para resolver a ocultação de informação. A conferência familiar e o estabelecimento de uma relação de confiança com a doente e a família teria permitido abordar a terminalidade imposta pela doença de ML e agir de acordo com o maior benefício da doente e do marido.

2.2. Não-maleficência

O princípio da não-maleficência baseia-se em não fazer o mal ao utente.^{7,20} A máxima hipocrática “*primum non nocere*”²¹, prende-se com o limitar, sempre que possível, os danos da nossa intervenção e evitar o sofrimento do doente. Frequentemente, o princípio da não-maleficência aparece agrupado com o princípio da beneficência, com o pressuposto que ao fazer o bem estamos a não fazer mal. Este ponto de vista é redutor, e, no que diz respeito ao carácter moral, a obrigação de não maleficência apresenta-se como mais vinculativa do que a exigência de fazer o bem.²²

A comunicação adequada à pessoa e à família assume uma importância vital, pois falar de dor, sofrimento e morte é complexo e difícil para os profissionais que sentem em si o peso das consequências que essa notícia vai ter ao nível das expectativas e esperança da pessoa e dos seus familiares.²³

Na compreensão da conspiração do silêncio à luz deste princípio ético, debatemo-nos com a consciência do profissional de saúde de que, ao comunicar uma má notícia, está a provocar sentimentos intensos e dolorosos no outro. Neste ponto, somos influenciados culturalmente pela lógica hedonista em que a supressão da dor e a extensão do prazer constituem o sentido do agir moral.⁷

Assim, dar uma má notícia é interpretado como causar dor ou fazer mal. É neste substrato que podemos interpretar as atitudes do marido e do oncologista de ML na ocultação da fase terminal da sua doença. No entanto, esta conspiração do silêncio causou um sofrimento adicional à doente, que se encontrava preocupada e sem compreender a deterioração do seu estado de saúde, o que por si só foi fonte de stresse e angústia. O profissional de saúde deve mediar a transmissão de informação para garantir que o doente tenha acesso à informação que deseja com uma adequada interpretação. Não transmitir informação para não fazer mal ao doente não é eticamente aceitável, assim como é reprovável causar sofrimento pela forma como a transmissão da notícia se faz. É obrigação do profissional ser capaz de transmitir más notícias sem embutir danos que vão além do conteúdo da notícia e que se devem a erros na forma de comunicar. Falamos de “privilégio terapêutico”, quando se entende que a comunicação de uma má notícia pode causar perturbação ou dano grave à pessoa ou que as reações a essa notícia poriam “em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica” (Código Penal, artigo 157.^o).¹⁹ Mesmo admitindo que, em algumas circunstâncias, a ideia do “privilégio terapêutico” se justifique, esta medida deverá ser sempre temporária por forma a estabelecer-se uma relação com a pessoa e encontrar-se a melhor forma de comunicar a notícia para que esta possa ter a liberdade de decidir face ao que lhe é exposto. O “privilégio terapêutico” é visto como uma medida transitória e temporária até que estejam reunidas as condições adequadas à comunicação. Não se trata de uma forma de omissão, mas de esperar pelo momento mais adequado em prol de diminuir os danos no doente. Na admissão de ML à UCP, consideramos ter sido aplicado o “privilégio terapêutico”, pois não existia ainda uma relação construída entre a equipa e ML e transmitir uma má notícia numa fase tão precoce de admissão na UCP poderia causar temor na equipa em relação às consequências dessa transmissão. Os danos causados pela informação têm de ser bem avaliados, pois o profissional de

saúde pode tender a atitudes paternalistas falsamente justificadas por um “privilegio terapêutico”.

2.3. Autonomia

Este princípio reside no direito à autodeterminação, na capacidade de decidir o que a pessoa quer para si, dotada de razão, consciente da sua dignidade, livre e responsável sobre todos os procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos que lhe sejam propostos.^{8,24}

O consentimento informado, que se pressupõe livre e esclarecido, é a pedra angular de todas as decisões clínicas que são, no fundo, uma decisão autónoma do doente numa inter-relação com o profissional de saúde que lhe assiste, fazendo assim gozo da sua autonomia através do seu papel ativo e colaborativo na prestação de cuidados de saúde.²⁴

O direito à informação é salvaguardado pela Constituição da República Portuguesa¹³: “Todos têm o direito de [...] ser informados, sem impedimentos nem discriminações” (artigo 37.º, n.º 1),¹³ está igualmente contemplado no Código Civil: “sempre que o titular de um direito tenha dúvida fundada acerca da sua existência ou do seu conteúdo e outrem esteja em condições de prestar as intervenções necessárias” (artigo 573.º)²⁵ e está também incluído na Lei de Bases da Saúde²⁶: “Todas as pessoas têm o direito a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completar inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar.”

A transmissão de informação é um processo que deve respeitar os valores e princípios éticos da profissão. Desta forma, o médico deve mediar a transmissão de informação de forma a garantir uma adequada interpretação, impedindo riscos para a saúde.

De acordo com o Código Deontológico dos Médicos, artigo 19.º, “O doente tem direito a receber e o médico o dever de prestar esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença [...] e incidir sobre os aspetos relevantes de atos e práticas, dos seus objetivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência [...]”.²⁷ Para isso, no mesmo documento é ressaltada a importância da adoção de uma comunicação adequada à singularidade do doente, tendo em consideração todas as suas dimensões

bio-psico-sociais, garantido que este compreende a informação transmitida.

Perante o caso exposto, quando ML revela preocupação com o seu estado de saúde e questiona diretamente sobre o que tem, cabe ao médico informar adequadamente face às informações que dispõe e ao conhecimento que tem sobre a pessoa.

A conspiração do silêncio, pela privação de informação sobre a doença de que a pessoa é alvo, coloca em causa o princípio da autonomia, pelo facto de as decisões da pessoa serem anuladas.¹ Acresce ainda neste caso erros adicionais, dado que o próprio desconhece o que a família já sabe, violando o princípio da autonomia do doente e o próprio Código Deontológico dos Médicos, onde podemos ler no artigo 25.º que “O diagnóstico e o prognóstico devem, por regra, ser comunicados ao doente, em respeito pela sua dignidade e autonomia [...] só podem ser dados a conhecer a terceiros, nomeadamente familiares, com o consentimento do doente, a menos que este seja menor ou cognitivamente incompetente, sem prejuízo do disposto no artigo 33.º”.²⁷

Informar não é um ato isolado, mas sim parte de uma relação que se estabelece com o utente e que visa fornecer à pessoa informação clara, objetiva e verdadeira dos seus cuidados.¹⁹ A veracidade do que é exposto e validado como compreendido permite à pessoa tomar decisões assentes no respeito pela sua autonomia e dignidade humana.

Existem, no entanto, exceções ao dever do profissional de saúde de informar, nomeadamente a recusa da própria pessoa de ser informada ou de não pretender informação suficientemente detalhada para uma decisão consciente e/ou recusar tomar decisões, delegando-as noutros. Qualquer uma destas posturas se traduz numa extensão da pessoa, pelo que devem ser respeitadas.^{19,28} No caso ético em questão, a doente questionou diretamente o profissional sobre a sua situação clínica, não se enquadrando à partida nestas exceções. Não sabemos, porém, que atitude assumiu anteriormente aquando do seguimento na oncologia.

Foi feita uma tentativa de explorar o que ML sabia sobre a sua condição e o que pretendia saber, e cedo se percebeu que a doente vivia numa verdadeira conspiração do silêncio que a acompanhava há vários meses. Foi admitida numa UCP desconhecendo a gravidade da sua situação e o prognóstico reservado que encerrava. O seu esposo, ao solicitar à equipa a perpetuação dessa conspiração, impedia ML de exercer a sua autonomia com dignidade. Encontra-se

determinado ética, legal e deontologicamente que a família não pode impedir que se discuta com a pessoa doente aspetos relacionados com o seu diagnóstico ou prognóstico.²

O conhecimento da situação real vivenciada pela pessoa e a sua própria consciência alargada e partilhada da doença pode permitir ao próprio redirecionar prioridades, mobilizar afetos e melhorar o fluxo emocional, sobretudo em cuidados paliativos. Esta noção clara, aberta e partilhada da doença da pessoa e do seu estado limitado pela iminência da finitude da vida convida muitas vezes à reconsideração e revalorização de cada indivíduo no mapa familiar, permitindo que se revejam atitudes e dinâmicas e se encontre sensatez num processo que se deseja reparador e apaziguador, no respeito da dignidade e autonomia da pessoa.

2.4. Justiça

Este princípio estabelece a justa distribuição de bens e recursos na tentativa de igualar as oportunidades de acesso em termos equitativos, em todas as vertentes da justiça distributiva, implica a igual distribuição dos recursos de saúde a todos aqueles que têm a mesma necessidade e estão em condições semelhantes.²⁴

Assim, é necessário individualizar os cuidados à pessoa doente tendo em consideração as suas necessidades e capacidades, sem qualquer tipo de discriminação, com consideração e respeito.

O acesso aos cuidados paliativos é considerado, atualmente, um direito universal, estando no nosso país consagrado na Lei de Bases de Cuidados Paliativos, aprovada em 2012.²⁹ Estes cuidados centram-se na abordagem holística dos doentes com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa que sofre de doença grave e incurável, assim como das suas famílias.

Neste caso que estamos a analisar, uma parte importante da filosofia de cuidados paliativos foi negada a partir do momento em que lhe foi negada informação. Não é possível abordar holisticamente a pessoa doente e também a sua família se não tivermos um discurso verdadeiro e franco sobre a gravidade da situação e os desejos da pessoa perante este conhecimento.

Se não conhecermos a verdadeira vontade da pessoa, podemos estar a utilizar recursos de forma insuficiente e inadequada. Além disto, a pessoa doente, se não tiver conhecimento do que são

cuidados paliativos, dos seus objetivos e potencialidades, não consegue usufruí-los na sua totalidade.

Ao ter sido primariamente negada a informação e corrompido o direito à autonomia, impedimos que a justiça ao acesso dos cuidados fosse integral, como ocorreria em contexto habitual numa UCP.

A proporcionalidade de recursos, tendo em conta a sua finitude, só é possível se ambos, profissional e doente, estiverem cientes dos objetivos de cuidados.

Conclusão

A figura típica da “conspiração do silêncio”, descrita como a ocultação a uma pessoa, por parte de profissionais, familiares e amigos, sobre a titulação concreta (habitualmente diagnóstico ou prognóstico) ou a gravidade da situação de saúde, aplica-se ao caso exposto.

A privação de informação à pessoa coloca em causa o princípio ético da dignidade humana, privando-a de usar livremente a sua autonomia e de decidir sobre o que será o melhor para si.

Cada pessoa é única e com um quadro de referências próprio, com valores, crenças e objetivos próprios, logo a atuação dos médicos deve ser adequada à pessoa a quem prestamos cuidados, pela sua singularidade. Os problemas éticos com os quais nos vamos deparando, pela sua complexidade e pelos inúmeros fatores intervenientes, nunca são iguais e, conseqüentemente, não existem duas decisões éticas iguais. É importante ter sempre como foco a dignidade humana e como linha orientadora o respeito pelos princípios da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência.

Os direitos da pessoa não se extinguem por alterações de saúde, pelo que a defesa dos direitos da pessoa e a proteção da sua autonomia são imperativos na prestação de cuidados.

Todos os princípios éticos são indissociáveis e devem ser abordados num todo. Assim, considerando o direito à informação esclarecida como primordial para uma escolha consciente e conhecedora por parte do utente e que o direito à informação se encontra consagrado na carta dos direitos dos doentes como integrante nos cuidados de saúde, podemos concluir que era imprescindível que a senhora ML fosse dotada de toda a informação que pretendia acerca da sua condição, pois somente assim se encontraria consagrado o direito aos cuidados de saúde na sua plenitude.

A prática reflexiva promove a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo importante que os médi-

cos reflitam sobre suas ações e sobre os dilemas éticos que se vão cruzando no seu caminho e que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A reflexão enriquece quando realizada em equipa, com o acréscimo multidisciplinar. Nas decisões mais difíceis de assumir, as comissões de ética locais podem ser um recurso a utilizar. 

Referências

1. Lotra V. A conspiração do silêncio nas más notícias – O aparente obstáculo intransponível. Percursos – Publicação do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; 2007.
2. Salazar H. Intervenção psicológica em Cuidados Paliativos. 1.ª edição. Lisboa: Pactor; 2017.
3. Twycross R. Cuidados Paliativos. 2.ª edição. Lisboa: Climepsi; 2003.
4. Volles CC, Bussoletto GM, Rodacoski G. A conspiracy of silence in the hospital environment: when the talk is not noise. *Revista da SBPH*. 2012;15(1):212-31.
5. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra*;2006. 29(3): 19-27.
6. Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves R. Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005. 91.
7. Matsuda A, Silva A, Ono E, Pacheco F, Franco M, Gimenez R, Almeida S, Lira T, Bastos V. Módulo Bioética. In: *Especialização em Saúde da Família Modalidade a distância*; 2011. pp. 18-20.
8. Antunes JL. A nova medicina. 1.ª edição. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012.
9. MELO HP de. Manual de Biodireito. Coimbra: Edições Almedina; 2008.
10. Assembleia Geral da ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. Paris; 1948. Disponível em: <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
11. Maria Gabriela Forjaz de Lacerda. Escrita de Primo Levi: A procura da reparação [Internet]. 2016 [acedido a 2 de novembro de 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5385/1/20982.pdf>
12. Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Roma; 1950.
13. Constituição da República Portuguesa. Lisboa: Texto Editores; 2016.
14. José Ortega y Gasset. *Meditações do Quixote*. Campinas: Vide Editorial; 2019.
15. Betioli AB. *Bioética, A ética da vida*. 2.ª edição. São Paulo: LTR; 2015.
16. WHO. Palliative Care [Internet]. World Health Organization. 2020 [acedido a 10 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
17. Moritz R. *Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011.
18. Penna TLM. *Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. Doença e família*. 2004;2.
19. Lucília Nunes. *E se eu não puder decidir? – Saber escolher no final da Vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020.
20. Ribeiro C. *A ética no Acto Médico*. Academia de Ciências de Lisboa; 2017.
21. Smith CM. Origin and Uses of Primum Non Nocere–Above All, Do No Harm! *The Journal of Clinical Pharmacology* [Internet]. 2005 abr. 1;45(4):371-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0091270004273680>
22. Neves C. *Bioética, Temas elementares*. Lisboa: Fim de século Edições; 2001.
23. Mendes G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto contexto – enferm*. 2009;18(1): 165-9.
24. Bessa MRR. *A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV*. Universidade do Porto; 2013.
25. República Portuguesa. Decreto-Lei n.º 47344 do Código Civil [Internet]. *Diário do Governo* n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25.
26. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24.
27. Regulamento de Deontologia Médica [Internet]. *Diário da República*, n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21. Disponível em: http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016_Regulamento_Deontológico.pdf
28. Gonçalves JF. *A Boa Morte. Ética no Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2009.
29. Lei de Base dos Cuidados Paliativos – Lei n.º 52/2012. *Diário da República*, n.º 172, Série I de 2012-09-05.