

JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dedico este trabalho à minha esposa Hélia Marques e aos meus filhos Pedro Augusto e António Carlos, pelo seu incansável e indispensável apoio.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Rui Manuel Lopes Nunes a minha gratidão pela disponibilidade, pelo estímulo, apoio e formação prestados.

Ao Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo a minha gratidão pela disponibilidade, pelo estímulo, apoio e formação prestados.

Ao Professor Doutor Nelson Pacheco da Rocha, diretor da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, a minha gratidão pelo estímulo e apoio prestados.

Ao Professor Doutor Francisco Manuel Lemos Amado e ao Professor Doutor António José Monteiro Amaro, diretor e subdiretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a minha gratidão pelo estímulo e apoio prestados.

À Professora Doutora Alcione Leite da Silva a minha gratidão pela disponibilidade, pelo estímulo, apoio e formação prestados.

Ao Professor Doutor Alberto Pinto Hespagnol, ao Professor Doutor André Rosa Biscaia, ao Professor Doutor Armando Brito de Sá, ao Professor Doutor Francisco Alte da Veiga, ao Professor Doutor José Carlos Martins, ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, ao Professor Doutor Vítor Rodrigues, à Professora Doutora Maria da Piedade Brandão, à Doutora Ana Maria Vale Pereira e ao Dr. Vítor Ramos o meu reconhecimento pelo apoio e aprofundamento de várias temáticas deste trabalho.

À Administração Regional de Saúde do Centro e em especial ao então Presidente do Conselho Diretivo, Professor Doutor Fernando Jesus Regateiro, o meu agradecimento e reconhecimento pelo empenho e apoio à realização deste trabalho.

Finalmente, a todos os profissionais da Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, assim como aos colegas e amigos que contribuíram com o seu encorajamento para o desenvolvimento desta trabalho, hoje e sempre, o meu muito obrigado.

ABREVIATURAS E SIGLAS

α	Alpha de Cronbach
aC	Antes de Cristo
ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
APMCG	Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
APMGF	Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
ARS	Administração Regional de Saúde
ARS-C	Administração Regional de Saúde do Centro, IP
CDOM	Código Deontológico da Ordem dos Médicos
CES	Comissão(ões) de Ética para a Saúde
CES-ARSN	Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
coord.	Coordenador(es)
CS	Centro(s) de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
Dec-Lei	Decreto-Lei
DGS	Direção-Geral de Saúde
DIM	Delegados de Informação Médica
ed.	Editores
EF	Enfermeiro de Família
EUA	Estados Unidos da América
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice
FR	Fatores de Risco
GMC	General Medical Council
ICJME	International Committee of Medical Journal Editors
IF	Indústria Farmacêutica

LPD	Lei de Proteção de Dados
MBE	Medicina Baseada na Evidência
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MGF	Medicina Geral e Familiar
MF	Médico de Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
pág.	Página nº
PpD	Pagamento por Desempenho
P4P	Pay for Performance
q.	Questionário nº
RCGP	Royal College of General Practitioners
SA	Sociedade Anónima
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio ao Enfermeiro
S.I.	Sem local
SINUS	Sistema de Informação de Unidades de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SRS	Sub-Região de Saúde
SSP	Sistema de Saúde Português
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
vol.	Volume
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of Family Doctors

ÍNDICE

11	1. INTRODUÇÃO
23	2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
23	2.1. O Conceito de Cuidados de Saúde Primários
27	2.2. O Sistema de Saúde Português
35	3. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
36	3.1. Os Hospitais
38	3.2. Os Centros de Saúde
45	3.3. As Consultas
51	4. OS PROFISSIONAIS NUCLEARES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
51	4.1. O Médico de Família
56	4.2. O Enfermeiro de Família
65	5. ÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
65	5.1. Ética
68	5.2. Teorias da Bioética
77	6. ÉTICA DAS PEQUENAS COISAS
85	7. OUTRAS “PEQUENAS COISAS”
127	8. CONCLUSÃO

1. INTRODUÇÃO

O profissional de saúde deve decidir, momento a momento, sobre aspetos que vão influenciar, por vezes decisivamente, a vida de outras pessoas que o procuram em busca de ajuda¹. Da adequação de sucessivas decisões, que se pretende encadeadas num todo lógico e coerente, resulta a eficiência de uma prática que tem vindo a ser pacientemente aperfeiçoada ao longo de séculos¹. Esta prática pretende-se que seja ética.

A ética não é uma disposição inata nem um impulso espontâneo, mas sim uma conquista. Não pretende ser uma descrição positiva do comportamento, mas propõe um ideal². Segundo Aristóteles, a ética exige uma reflexão crítica sobre os comportamentos e um maior e melhor respeito pela individualidade humana³.

As questões éticas acompanham o desenvolvimento da cultura ocidental, já que foi a civilização grega a primeira a procurar uma resposta racional para o problema do *bem* e do *mal* e a primeira que elaborou uma medicina racional e científica⁴. E também não é por acaso que em toda a filosofia grega o termo “*ethos*” (hábito ordenado de vida) se contrapunha a “*pathos*” (o desordenado, o negativo)⁴.

A palavra ética tem etimologia grega e dois significados. O primeiro vem do termo “*éthos*”, que significa costume ou hábito. Mais tarde surgiu, a partir deste, o termo “*êthos*”, com o significado de maneira de ser. Aristóteles considera que ambas as palavras são inseparáveis, pois é a partir dos hábitos e costumes que se desenvolve no ser humano a sua personalidade⁵. O sinónimo em latim é “*moris*”, de que deriva a palavra moralidade. Ambas as palavras, ética e moral, traçam a linha que separa o lícito do ilícito, o certo do errado, o aceitável do inaceitável⁵.

A filosofia moral, ou ética, elucida e justifica racionalmente a realidade moral sob os seus diversos aspetos⁶. A ética, enquanto estudo do *bem* e do *mal* na ordem do agir, do “*a-fazer*”⁶, do “*fazer-realizar*”⁶, da “*praxis*” no sentido clássico, enuncia normas de agir e não se limita a verificar padrões fáticos de comportamento. É por isso eminentemente “*prática*”⁶, pois tem por objeto de estudo um “*a-fazer*”⁶.

É de salientar que seguindo a sugestão dada pelo estudo etimológico dos termos “*ética*” e “*moral*”, que aponta para que lhes seja atribuído o mesmo sentido, há autores que os utilizam indistintamente⁶. No entanto, há outros que recorrem aos dois termos para significar conceitos diferentes. Por exemplo Paul Ricoeur⁷, no texto a que chama “*ma petite éthique*”⁷, constatando que etimologicamente os dois termos são sinónimos, decide por convenção utilizar o termo “*ética*” para se referir à procura da “*vida boa*”, com e pelos

outros, em instituições justas; e “moral” para se referir ao conjunto de normas que regem em concreto o agir que pretende atingir essa “vida boa”. Posteriormente, num texto de 2000⁸, o mesmo autor reconhecendo que os especialistas não se entendem sobre o sentido a dar a cada um dos termos, mas que concordam “na necessidade de dispor de dois termos”⁸, propõe utilizar “o conceito de moral para o termo fixo de referência e de lhe atribuir uma dupla função, a de designar, por um lado, a região das normas, dito de outro modo, dos princípios do permitido e do proibido, por outro lado, o sentimento de obrigação enquanto face subjetiva da relação de um sujeito a essas normas”⁸. Assim, com o termo “ética”, Paul Ricoeur⁸ aponta em duas direções. “A ética anterior referindo para o enraizamento das normas na vida e no desejo, a ética posterior visando inserir as normas nas situações concretas”⁸. À ética anterior chama-lhe “ética fundamental”⁸ e à posterior “ética aplicada”⁸.

A ética é uma disciplina de carácter prático que pretende guiar a ação humana com um sentido racional. Embora se viva num tempo de certo relativismo moral e se defenda a convicção que não é possível discutir eticamente aspetos que são completamente subjetivos e privados⁹, a própria sociedade pede a imposição de limites práticos e reconhece que em certas ocasiões nem tudo vale, e nem tudo vale por igual^{10,11}.

O campo da saúde é cada vez mais influenciado pelos avanços científicos e tecnológicos que provocaram uma crescente complexidade da medicina. A utilização destas novas tecnologias deve ser analisada sob um ponto de vista ético, assim como as mudanças que aconteceram nas relações entre os profissionais da saúde e os pacientes dos serviços de saúde nas últimas décadas.

A prática do profissional de saúde se deve pautar por critérios éticos bem definidos à luz da tradição profissional e das disposições internacionais que consagram a doutrina da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais¹². Ao Direito compete balizar comportamentos considerados por todas as correntes do pensamento como eticamente inaceitáveis¹². Numa perspetiva estritamente deontológica, cabe às Ordens, bem como às Associações representativas de outros grupos profissionais, o estabelecimento de linhas diretrizes e, face à competência que lhes foi delegada pelo Estado, elas têm o dever de pugnar para que essas diretrizes sejam cumpridas na sua íntegra¹².

Ao não aceitar uma única ortodoxia cultural, política, ou religiosa, a comunidade humana teve que procurar um novo rumo, uma nova orientação, que permitisse a convivência pacífica dos elementos que a constituem e que levaram à afirmação da Bioética^{13,14}.

O termo “bioética” significa literalmente ética da vida¹, uma ética aplicada à vida. A palavra de origem grega “bios” significa “vida”, a vida em si mesma, o “existente vivo”¹⁵, sendo o termo originariamente aplicado à vida humana e não à vida animal. Entretanto, a palavra “bios” veio a generalizar-se e a significar a vida como fenómeno, ou seja, o biológico tal como hoje é entendido, englobando todos os seres vivos e o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a ecologia, a biologia e a medicina, entre outras. “Ethos” significa “ética”, refere-se, pois, ao comportamento do ser humano, aos valores implicados nos costumes¹⁵.

A existência de um consenso transcultural implica que a ciência concorra sempre para melhorar as condições de existência da humanidade, respeitando a identidade do sujeito e da espécie a que pertence¹⁶. Esta linha de pensamento está na base da edificação daquilo que hoje se conhece e valoriza por direitos humanos fundamentais. Estes mais não são do que o reconhecimento expresso de um marco axiológico fundamental que é o valor intrínseco e inquestionável da pessoa humana.

A estreita articulação entre a teoria e a prática, como um dos elementos identificadores das “*éticas aplicadas*”⁸, é manifesta desde o aparecimento da Bioética que, suscitada pela complexidade de problemas de ordem prática, procurou de imediato suporte teórico para uma melhor apreciação e deliberação¹⁵. De entre as teorizações da Bioética, pode-se destacar: a do libertarismo^{16,17}, que atribui aos direitos humanos a justificação para o valor central da autonomia do indivíduo sobre o seu próprio corpo e as decisões relativas à sua vida; a das virtudes^{18,19}, que coloca a ênfase na boa formação do carácter e da personalidade das pessoas em geral e dos profissionais da saúde em particular; a da casuística^{20,21}, que estimula a análise de casos a fim de se estabelecerem características paradigmáticas para em situações semelhantes servirem de analogia; a da narrativa^{3,22}, que entende a intimidade e a identidade experimentadas pelas pessoas ao contarem ou seguirem histórias como um instrumento facilitador da análise ética; a do cuidar^{23,24}, que defende a importância das relações interpessoais e da solicitude para com o próximo; e a do principialismo^{25,26}, baseado em quatro princípios: respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Esta última teorização, também conhecida como ética principialista e justificada na “*moral comum*”²⁶, é o modelo mais difundido na reflexão bioética. A estruturação do principialismo constituiu uma resposta à necessidade, que se sentia de uma forma cada vez mais premente, de um suporte teórico que fundamentasse, justificasse, validasse e credibilizasse as ações a desenvolver pela biomedicina¹⁶.

Por fim, destaca-se também a importância dos diferentes perfis das instituições sociais, principalmente as que se dedicam à prestação de cuidados de saúde, no moldar da Bioética²⁷. Aqui, mais uma vez, sobressai o sentido do particular, a atenção ao individual da perspectiva norte-americana, que se repercute num menor investimento de âmbito social comparativamente à generalidade dos países europeus.

Em todas estas situações é condição fundamental o equilíbrio da ética e da sua reflexão, através de orientações gerais que não alterem a criatividade ou a liberdade científica e clínica do médico e do investigador, mas que permitam uma uniformidade de atuação diária em todas as circunstâncias em que a sua intervenção naqueles campos se tenha que realizar²⁸.

Para se compreender melhor este campo da ética aplicada torna-se necessário rever alguns aspetos que acompanharam a sua origem e evolução.

Assim, nas décadas de 60 e 70, do século XX, a biomedicina experimentou um grande avanço tecnológico e científico. Paralelamente a este desenvolvimento biotecnológico, surgem denúncias, em artigo publicado no “*New England Journal of Medicine*” em 1966,

de práticas de investigação eticamente incorretas realizadas em seres humanos, mesmo após o advento do Código de Nuremberga, em 1947, e da Declaração de Helsínquia, em 1964²⁹. Estas denúncias questionaram a medicina e a sua ética milenar.

A Bioética surge então nos Estados Unidos na década de 70, do século passado, centrando-se nas inéditas questões éticas suscitadas pelo progresso das biotecnologias e nas respostas possíveis, atendendo ao respeito pela autonomia de todos e de cada um dos intervenientes, assumindo-se inequivocamente como uma ética biomédica^{29,30,31}.

O termo bioética foi originalmente proposto pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, professor da Universidade de Wisconsin (EUA), no artigo publicado em 1970 "*Bioethics, the science of survival*"³² e posteriormente no livro "*Bioethics: bridge to the future*"³³, publicado em 1971. Entretanto, em 1971, Andre Hellegers, ginecologista, também norte-americano, de ascendência holandesa, da Universidade de Georgetown, usa o termo "*Bioethics*", num contexto institucional para designar uma área de investigação, ao fundar o "*The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*". Curiosamente, eles reportam-se a realidades algo distintas, recorrendo ao mesmo neologismo, com um desígnio comum: a necessidade de uma reflexão interdisciplinar no âmbito das ciências da vida e da saúde, em que a perspetiva ética ocupe uma posição destacada e indispensável³⁴.

Andre Hellegers, a partir do seu trabalho no Kennedy Institute of Ethics, é um dos que imprime à Bioética o seu significado mais corrente, ao aplicá-la à ética da medicina e das ciências biomédicas. Assim, quer no espaço anglo-americano, quer no europeu continental, a emergência da Bioética procede essencialmente da clara perceção dos perigos que o desenvolvimento precipitado da ciência encerra para o ser humano na sua integridade física e na sua identidade pessoal³⁰.

Neste contexto, delineado pela preocupação inicial de Van Potter ao inventar o neologismo bioética e pelo uso atribuído à palavra por Andre Hellegers, destacam-se as seguintes motivações para explicar o desenvolvimento da Bioética: os avanços da biologia molecular e da genética; as preocupações ambientais e ecológicas; e a transformação ocorrida na prática médica com a incorporação do desenvolvimento científico-tecnológico da biomedicina^{27,30,31,34,35,36}.

A ética biomédica, delineada pelo progresso científico-tecnológico, progrediu com uma atenção particular aos problemas de relação entre investigadores e sujeitos de experimentação no âmbito da investigação biomédica, e entre profissionais de saúde e pacientes no âmbito dos cuidados de saúde. Modelada pela sua génese sociopolítica, a Bioética progrediu numa promoção constante das relações simétricas entre pessoas, garantidas pelo respeito pela autonomia de cada uma, e no reforço da sua respetiva esfera individual^{31,35}.

Na passagem da década de 70 para a de 80 do século XX, a Bioética surge na Europa continental, desencadeada pontualmente pelo nascimento em 1978, no Reino Unido, de Louise Brown, a primeira bebé gerada por fertilização "*in vitro*". Deste modo, a Bioética europeia, também ela desencadeada por uma inovação biotecnológica, à semelhança

da anglo-americana, começa a ampliar o seu foco de visão, situando-o na relação do ser humano com a técnica, e com uma índole mais fortemente especulativa, numa reflexão sobre a natureza humana, a essência da técnica e seu relacionamento, ultrapassando assim as particularidades do caso concreto²⁷.

A discrepância entre a Bioética anglo-americana e a europeia continental repercute-se de forma significativa em diferentes planos, o que remete para as condicionantes do seu desenvolvimento, entre as quais se destacam as “*tendências filosóficas*”²⁷ predominantes em cada um dos contextos, os respetivos “*regimes jurídicos*”²⁷ e as “*instituições sociais*”²⁷ estruturantes da vida comunitária.

O caso paradigmático para análise desta questão é certamente o dos sistemas nacionais de saúde e a sua política de alocação de recursos³⁷. Assim, a existência versus ausência de sistema nacional de saúde que universalize a prestação de cuidados de saúde primários à comunidade é perspetivada sob o ângulo das diferentes concepções de justiça que dominam cada sociedade. Na Europa, a noção de justiça mais amplamente partilhada é a “*comunitarista*”³⁷, considerando que é cada comunidade, em diferentes momentos da sua história e circunstâncias de vida coletiva, que tem de explicitar a sua perceção comum de “*bem*”³⁷. Neste contexto, a Europa, e alguns estados americanos, o Oregon por exemplo, desenvolveram uma forte preocupação social, frequentemente de cunho “*igualitarista*”³⁷, ao estabelecer um pacote mínimo de bens elementares e de serviços básicos a disponibilizar a toda a população. Este sentido de justiça protagoniza diferentes valores que caracterizam a Bioética europeia, sendo eles: o da solidariedade e o da responsabilidade, que enunciam novos princípios; o da vulnerabilidade e o da integridade, numa ampla concepção holística da saúde como bem-estar, o que lança a Bioética no campo social, através da sua atuação no âmbito da saúde pública. No final do século XX, existiu uma importante tentativa de promover uma Bioética de cariz europeu, nomeadamente através de um projeto patrocinado pela União Europeia e que congregou os seus mais reputados especialistas em Bioética. Este projeto identificou alguns valores partilhados a nível transeuropeu tratando-se de uma importante iniciativa neste domínio³⁷.

Questões como os limites à autonomia pessoal, o papel da família na prestação de cuidados, a proteção de minorias culturais ou uma diferente perspetiva da justiça distributiva são instrumentais para criar uma alternativa à corrente predominante no mundo anglo-saxónico³⁹.

No decorrer do III Congresso Mundial de Bioética, em São Francisco (EUA), iniciou-se a Bioética da saúde da população, que envolve não só os profissionais da saúde, mas toda a sociedade, e que transcende a relação médico-paciente, apoiando-se nos direitos humanos e nas ciências biológicas, sociais, humanas e de gestão⁴⁰.

Para cumprir a responsabilidade social da Bioética é preciso considerar a saúde da população. Para tal é necessária formação contínua, aquisição de conhecimentos em áreas não familiares de saúde pública, saúde mundial, análises de custo/benefício em saúde, entre outras. As questões da Bioética nesta fase, para além das questões relacionadas com a saúde, tocam assuntos fundamentais da economia, história e política, entre outros⁴⁰.

Alguns autores^{41,42} defendem uma perspetiva integrada da ética em cuidados de saúde, na qual a dimensão social e comunitária assume particular relevo. Como se constata, a propósito da doença e do fenómeno de adoecer: *“Se na perspetiva da medicina, o conceito de doença se refere, essencialmente, à categorização de grupos de sintomas em entidades clínicas conhecidas e tipificadas, conduzindo a quadros mais ou menos reproduzíveis de doenças, para a pessoa doente vão ser determinantes outros fatores. A título de exemplo, um episódio doloroso transforma-se culturalmente numa realidade médica. Assim, o modo de adaptação da pessoa à nova situação de estar doente vai ser decisivo na autoperceção pessoal, na recuperação funcional e na consequente integração social e familiar. Diferentes variáveis concorrem para que o grau de perturbação não seja extrapolável a partir de dados objetivos, ainda que sistematizados segundo critérios aceites e estabelecidos”*⁴³.

A Bioética está implícita na atividade diária, mas de um modo inconsciente. Em geral é observada uma rejeição pelos tópicos que insinuam a autocrítica. Os conflitos éticos derivam fundamentalmente da relação entre o profissional de saúde e o paciente, pontuada pela família, principalmente ao dar informação. Os princípios bioéticos consideraram como muito importante os direitos do paciente à informação e ao consentimento informado⁴⁴.

De acordo com alguns autores^{45,46,47}, os problemas éticos vivenciados nos cuidados de saúde primários diferem dos identificados nos demais níveis dos serviços de saúde. O que foi confirmado por investigações desenvolvidas nos cuidados de saúde primários, que identificaram vivências de problemas de ordem ética diferentes daquelas identificadas nos demais níveis dos cuidados de saúde^{46,48,49}. No entanto, são necessárias mais investigações que procurem quantificar os problemas éticos nos cuidados de saúde primários, e especificamente a nível dos centros de saúde.

Porém, os problemas de ordem ética relacionados com os cuidados de saúde primários não podem ser analisados sem se considerar o contexto em que os mesmos são prestados, porque há uma interação entre a organização dos serviços e o sistema de saúde em que eles estão inseridos.

Em Portugal, a saúde estrutura-se sob a égide do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado pela Constituição de 1976, que consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais da época criou um SNS inspirado no modelo inglês, garantindo o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos e baseando-se na universalidade e na gratuidade do acesso aos cuidados de saúde. A este propósito, *“à priori, pode perguntar-se qual o enquadramento filosófico-político do direito à proteção da saúde. A maioria das sociedades reconhece a existência deste direito, inscrevendo-o no quadro dos direitos positivos (a positive welfare right como refere Norman Daniels). Pode mesmo tratar-se de uma das mais importantes conquistas das sociedades plurais e seculares – ou seja, um direito de natureza civilizacional – devendo considerar-se como uma expressão da dignidade da pessoa humana. Note-se que o Art. 3º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (1997) reconhece a existência de um direito à saúde, ainda que seja limitado pelas restrições económicas do sistema. Pelo que é possível deduzir-se que o direito à proteção e à promoção da saúde é determinante para o exercício de uma efetiva igualdade de oportunidades, numa sociedade livre e inclusiva”*⁵⁰.

O SNS foi objeto de uma reestruturação orgânica pela aplicação do Decreto-Lei (Dec-Lei) n.º 212/2006, de 27 de outubro, concretizando uma importante inovação em relação ao passado, e que assenta na opção de distinguir a gestão dos recursos dos serviços centrais e regionais do Ministério da Saúde, da gestão dos recursos internos do SNS. Esta gestão passa a ser feita através de um Instituto Público, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (Portaria n.º 646-2007, de 30 de maio), tutelado pelo Ministério da Saúde, que tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias da informação do SNS, bem como promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, e ainda proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, em articulação com outros institutos públicos, nas áreas da sua intervenção. As Administrações Regionais de Saúde, IP (Dec-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio), por sua vez, negociam, no âmbito do seu território regional, contratos-programa, com os centros hospitalares e os agrupamentos de centros de saúde (ACeS), pelos quais se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos a atingir e os recursos afetados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução (Dec-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Em 1971, o Estado Português reconheceu pela primeira vez, em diploma legal, o direito à saúde de todos os cidadãos e foram criados centros de saúde (CS) em quase todos os concelhos, na altura essencialmente vocacionados para os cuidados de saúde materna e infantil, incluindo vacinação, mais tarde alargados ao planeamento familiar. Estes cuidados eram essencialmente prestados por pediatras e ginecologistas, alguns médicos apenas com formação básica e por um grande número de enfermeiros com formação em saúde pública. Apesar dos bons programas de que dispunham, não conseguiam abranger a totalidade da população-alvo⁵¹, porque estes centros funcionavam em paralelo com os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência⁵².

Após o 25 de abril de 1974 é preconizada a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que vem a acontecer em 1979, através da Lei n.º 56/79, a primeira Lei de Bases da Saúde, sendo feita a integração da Federação das Caixas de Previdência no Ministério da Saúde e nacionalizados os Hospitais das Misericórdias. Nos anos seguintes é produzida numerosa legislação destinada a regulamentar o SNS⁵¹.

A partir da década de 80 do século XX, a maior parte da população começa a ter acesso a cuidados de saúde primários (CSP) com um mínimo de dignidade. Desde então, inicia-se uma evolução sem retorno. As mudanças ocorridas foram múltiplas e traduziram-se na definição do perfil do médico de família (MF) e do seu papel nos cuidados de saúde em Portugal⁵².

Em 2008 existiam 6.169 MF em Portugal. A rede de CSP incluía 351 CS dispersos pelo país, por sua vez divididos em mais de 2.000 extensões de saúde, que cobriam a totalidade do país. Existiam, no entanto, grandes variações, dependentes da população, regime de trabalho e organização interna dos serviços⁵³.

Nos países desenvolvidos os cuidados de saúde também estavam em fase de grandes mudanças. O fim do milénio foi um período de conflito e debate sobre serviços de saúde

e seu financiamento⁵⁴. As mudanças estavam a ocorrer e envolviam os vários intervenientes dos cuidados de saúde.

Uma nova atitude dos médicos é exigida pela mudança de mentalidade da população. Os direitos dos doentes e utentes dos cuidados de saúde tornam-se progressivamente mais importantes e levantam questões sobre a responsabilidade de médicos, o direito de escolha, os autocuidados, as expectativas e necessidades dos pacientes, o papel de “*gate-keeper*” e a educação para a saúde^{54,55}. Os médicos devem questionar-se sobre qual deve ser a sua atitude dentro desta nova relação médico-paciente. Apesar dos numerosos problemas ainda existentes, verifica-se que muitos pacientes já veem o seu médico de família como o contacto fundamental quando precisam de ajuda ou conselho⁵⁶. Por outro lado, os colegas de outras especialidades começam a aceitar a verdade inquestionável, isto é, a medicina geral e familiar existe, é reconhecida como especialidade e é a base do sistema de saúde português⁵².

A enfermagem também não é exceção, antes pelo contrário, são-lhe colocados contextos e desafios que, a curto prazo, irão muito para além dos modelos tradicionais nos quais têm vindo a funcionar, quer ao nível da formação, quer ao nível dos diferentes locais de trabalho⁵⁷. Estes modelos têm-se mantido, umas vezes porque essa realidade é imposta e outras porque têm tido alguma dificuldade em separar-se de um longo passado. Isto tem condicionado a sua atuação e a procura de formas inovadoras de fazer, face aos atuais problemas de saúde e aos contextos em que se prestam cuidados⁵⁷.

A ideia de uma “*enfermagem de família*” centrada no trabalho com as famílias há muito que vem a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em CSP, mas recebeu novo impulso na Conferência Europeia de Munique⁵⁸.

Entretanto, apesar de todas as reformas em curso e de se reconhecer que a efetivação de alterações no SNS implica um processo de mudança de atitudes dos diversos atores envolvidos, pouco se tem trabalhado no campo da preocupação ética acerca dos papéis e das responsabilidades de cada um dos grupos profissionais nucleares nos cuidados de saúde primários (CSP).

Para fazer frente ao desafio de concretização da reforma do SNS, parece evidente a urgência de se lidar com os problemas de ordem ética vivenciados nos serviços e sistema de saúde, especialmente no nível dos CSP, que tem sido preterido no campo das reflexões bioéticas.

A Bioética cresceu ao mesmo tempo que os problemas com o ambiente e as ciências da vida (medicina, enfermagem, biologia, ecologia, ...) e esboçou alguns princípios gerais para se poder decidir se tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto e bom^{14,59}. No entanto, ainda são poucos os estudos que procuram conhecer os critérios e fundamentos que determinam ou influenciam as decisões dos profissionais de saúde⁶⁰.

Atualmente, a teoria ética já não se encontra isolada da investigação empírica prévia, forma tradicional como ela apareceu na filosofia ética, mas está ligada a essa investigação e é informada por ela⁶¹. O objetivo da diretriz de ação já não é fazer uma afirmação

conclusiva de um dever moral, mas ir fazendo declarações provisórias que devem ser investigadas com critérios científicos e revistas quando se justifique, ou seja, quando houver mais conhecimento empírico. A abordagem filosófica daquele que procura respostas racionais conclusivas é substituída pelo compromisso de melhorar alguns aspetos da vida humana. Para a ética clínica é o melhorar as condições das pessoas com valores e/ou preferências conflitantes em casos particulares⁶¹.

A investigação bioética empírica é essencial para o campo da Bioética, da Ética e para todos quantos procuram soluções para conflitos de valores⁶¹. O aprofundar da investigação empírica em Bioética permite gerar novos conhecimentos sobre conflitos éticos na prática clínica⁶¹. Essa investigação leva, em primeiro lugar, a um maior conhecimento sobre as associações e causalidades dos elementos que geram os conflitos éticos. Com mais conhecimento empírico é possível melhorar a estratégia para o decurso de eventos clínicos, o que pode vir a disponibilizar uma mais eficaz consultadoria ética para os casos particulares. Mais conhecimento empírico também pode ser a base para um desenvolvimento mais amplo de estratégias preventivas para lidar com os conflitos éticos. É mesmo um sinal de maturidade, mais alinhado com as outras áreas do saber baseadas na metodologia científica. Trata-se de um campo da ética aplicada, em que os profissionais de saúde e os decisores políticos são, cada vez mais, chamados a centrar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde na redução da incidência de conflitos éticos. O que pode ser medido por meio de testes e estudos empíricos, ou seja, investigação científica, o que também permite avaliar a eficácia de estratégias que incidam numa melhor gestão dos conflitos éticos. Todos concordarão que uma boa gestão preventiva é muito mais eficiente para evitar os conflitos éticos do que ter de lidar com eles enquanto dilemas éticos. Isto exige que o eticista se torne competente em estudos empíricos de tomada de decisão clínica e aplique os seus resultados às questões que afetam o paciente e a sua família⁶¹.

Atualmente não é simples falar de moral, embora a ética esteja na moda, contudo, parece que poucos acreditam que esta seja uma disciplina importante para a vida em geral. Ética e moral remetem para os costumes e ajudam o ser humano a forjar um carácter bom e a confrontar a vida de um modo mais humano de forma que, no final, possa ser mais feliz⁶².

Enquanto alguns se dedicam à Bioética, quer pela análise e discussão filosófica, quer pela consulta de ética clínica e pela investigação empírica, a maioria dos profissionais de saúde na sua prática diária dedica muito pouca atenção a estes assuntos. A maioria dos médicos tem pouca preocupação com distinções morais particulares quando confrontados com um pedido de assistência de um paciente moribundo, ou com a oferta de uma empresa farmacêutica para assistir a uma sessão sobre um produto num “resort” de cinco estrelas com um evento social atrativo⁶³. No entanto, o que os médicos querem saber é o que pode incidir sobre os factos, como resolver os conflitos éticos que têm impacto na assistência aos pacientes. Neste sentido, a investigação empírica de questões relacionadas com a Bioética tem proporcionado dados úteis e orientadores de linhas de ação para os médicos, tanto a nível individual, assistencial, como político, bem como o continuar da investigação em mais áreas pode ajudar a enfrentar as questões éticas⁶⁴.

Assim, o presente livro, para uso na docência de Cuidados de Saúde Primários na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e de Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, reproduz nos capítulos 1 a 5 parte da tese do autor, apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde, especialização em decisão clínica. Tese que pretendeu ser uma aproximação às questões éticas no âmbito dos cuidados de saúde primários.

No 6º capítulo é apresentada a proposta de Mercedes Pérez Fernández de uma ética das “*pequenas coisas*”⁶⁵ e no 7º capítulo o autor compila outras “*pequenas coisas*”, a partir da recolha de artigos de autores da medicina geral e familiar maioritariamente portugueses, que considera serem temas da prática quotidiana dos cuidados de saúde primários a merecerem reflexão ética.

Deste modo, espera poder contribuir para um processo de tomada de decisão ética mais adequado à realidade dos cuidados de saúde primários e potencializar a resolução dos problemas neles existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sá AB. A Decisão em medicina geral e familiar. Lisboa: edição do autor; 2002.
2. Simões JA. A ética em Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2008; 24: 45-47.
3. Nogueira D. Implicações éticas no exercício da profissão. Cadernos de Bioética. 2000; 24:75-83.
4. Barbosa A. Bioética e Psiquiatria de Ligação. In: Correia DT. (ed). Psiquiatria de Ligação na Prática Clínica. Lisboa: Lidel; 2011: 171-222.
5. Simões JA. Sistemas de Identificação Biométrica. A propósito do controlo. Acta Médica Portuguesa. 2011; 24: 163-168.
6. Cabral R. Temas de Ética. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa; 2003.
7. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1996.
8. Ricoeur P. De la morale à l'éthique et aux éthiques. In: Apel KO, Barnes J. (ed). Un siècle de philosophie. 1900-2000. Paris: Gallimard/Centre Pompidou; 2000.
9. Cortina A. La ética de la sociedad civil. Madrid: ANAYA; 1994.
10. Savater F. Invitación a la ética. Barcelona: Anagrama; 1986.
11. Savater F. Ética para Amador. Barcelona: Ariel; 1992.
12. Nunes R. Ética na relação com o doente. In: Serrão D, Nunes R. (ed). Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora; 1998. p. 31-46.
13. Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. 2ª edição. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
14. Gracia D. Fundamentos de bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008.
15. Neves MCP. A bioética como reflexão e como prática. In: Neves MCP. (ed). Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 29-35.
16. Nunes R. Bioética e deontologia profissional. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002.
17. Block W. A libertarian case for free immigration. Journal of Libertarian Studies. Summer 1998; 13(2): 167-186.
18. Pellegrino E, Thomasma D. For The Patient's Good. New York: Oxford University Press, 1988.

19. MacIntyre A. *After virtue: A study in moral theory*. 3rd edition. London: Duckworth; 2007.
20. Jonsen AR, Toulmin S. *The abuse of casuistry: A history of moral reasoning*. Berkeley: University of Califórnia Press; 1988.
21. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética clínica. Uma abordagem prática de decisões éticas em medicina clínica*. 4ª edição. [tradução de Fernando Martins Vale] Lisboa: McGraw-Hill; 1999.
22. Jones AH. Narrative in medical ethics. *British Medical Journal*. 1999; 318: 253-256.
23. Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
24. Held V. *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press; 2006.
25. Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1979. Disponível em: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
26. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.
27. Neves MCP. Bioética e bioéticas. In: Neves MCP, Lima M. (ed). *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005. p. 285-308.
28. Silva JR. *A ética na medicina portuguesa*. Lisboa: Faculdade de Medicina; 1994.
29. Beecher HK. Ethics and clinical research: From the anaesthesia laboratory of the Harvard Medical School at the Massachusetts General Hospital. 1966. *International Anesthesiology Clinics*. 2007; 45(4): 65-78.
30. Sgreccia E. *Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica*. Cascais: Princípa; 2009.
31. Hottois G. Bioética. In: Hottois G, Parizeau MH. (ed). *Dicionário da bioética*. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 58-66.
32. Potter van R. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1970; Autumn: 127-153.
33. Potter van R. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
34. Neves MCP. A bioética de ontem, hoje e amanhã – Interpretação de um percurso. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W, Renaud M. (ed). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora; 2001. p. 20-30.
35. Hottois G. Deontologia e ética médicas. In: Hottois G, Parizeau MH. (ed). *Dicionário da bioética*. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 126-129.
36. Leone S. et al. Bioética. In: Leone S, Privitera S. (ed). *Nuovo dizionario di bioética*. Roma: Città Nuova Editrice; 2004. p. 105-114.
37. Nunes R. Essential positions and standpoints in the national debates on basic principles. EU- Project Biomed II - Basic ethical principles in bioethics and biolaw. Copenhagen: Centre for Ethics and Law; 1997.
38. Rendtorff J. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability - Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2002; 5: 235-244.
39. Nunes R. Apresentação pública do programa Luso-Brasileiro de doutoramento em bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007.
40. Wikler D. Presidential address: Bioethics and social responsibility. *Bioethics*. 1997; 11(3-4): 185-192.
41. Nunes R. Investigação e ensino da bioética em Portugal. In: Neves MCP. (ed). *Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 103-108.
42. Rego G. et al. Distributive justice and the introduction of generic medicines. *Health Care Analysis*. 2002; 10: 221-229.

43. Nunes R. Correlações entre os doentes e as instituições. Actas do V Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, Presidência do Conselho de Ministros; 1999.
44. Díaz BO, Pérez CG. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. *Atencion Primaria*. 2005; 35: 240-245.
45. Brody H. Transparency: Informed consent in primary care. *Hasting Centers Report*. 1989; sep/oct: 5-9.
46. Fetters MD, Brody H. The epidemiology of bioethics. *Journal of Clinical Ethics*. 1999; 10(2): 107-115.
47. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *Journal of Medical Ethics*. 2001; 27(2): 98-103.
48. Knabe BJ, Steams JA, Glasser MG. Medical student's understanding of ethical issues in the ambulatory setting. *Family Medicine*. 1994; 26: 442-446.
49. Wagner N, Ronen I. Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. *Nursing Ethics*. 1996; 3(4): 294-304.
50. Nunes R. *Regulação da saúde*. 2ª edição. Porto: Vida Económica; 2009.
51. DEPS - Divisão de Planeamento e Normalização. *A Saúde em Portugal*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; 1995. p. 29-43.
52. Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; volume temático 2: 63-74.
53. Campos AC. *Reformas da saúde - O fio condutor*. Coimbra: Edições Almedia; 2008.
54. Sousa JC. O futuro da saúde e dos serviços de saúde e as consequências para o planeamento da saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1998; 15: 22-29.
55. Sampaio J. A prioridade é servir o cidadão: sete reflexões. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1998; 15: 113-116.
56. Hespanhol AP, Ribeiro O, Pereira AC. Preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a cuidados de saúde (2004 e comparação com 2002 e 2003). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(2): 99-104.
57. Correia C, Dias F, Coelho M, Page P, Vitorino P. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 75-82.
58. WHO - World Health Organization. Ministerial Conference on nursing and midwifery in Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
59. Gracia D. Planteamiento general de la bioética. In: GRACIA, D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
60. Richter J, Eisemann M. Attitudinal patterns determining decision-making in the treatment of the elderly: a comparison between physicians and nurses in Germany and Sweeden. *Intensive Care Medicine*. 2000; 26(9): 1326-1333.
61. Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L, Siminoff L. (editor). *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20.
62. Cortina A. *El quehacer ético. Guía para la educación moral*. Madrid: Aula XXI/Santillana, 1996.
63. Nunes R. Ética nas relações da indústria com a clínica geral. Actas do 3º Congresso Luso-Galego de Medicina Familiar e Comunitária. Porto; 1998.
64. Frader J. The significance of empirical bioethics for medical practice. In: Jacoby L, Siminoff L. (editor). *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 21-35.
65. Pérez-Fernández, M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de "Ética y derecho médico". 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Disponível em: <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>.

2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os cuidados de saúde primários (CSP) são um elemento chave de um sistema de saúde e o português (SSP) não é exceção. Eles estão na primeira linha¹, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários, e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo de saúde/doença de uma vida e não apenas os episódios de doença. Os CSP orientam-se para a promoção da responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações e coordenam, quando necessário, as suas interações com as outras estruturas no domínio da saúde².

2.1. O CONCEITO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Na Declaração de Alma-Ata, de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados de saúde primários (CSP) como *“cuidados de saúde essenciais baseados em técnicas e métodos práticos, cientificamente validados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade, com a sua plena participação e com custos que a comunidade e o país possam suportar, em cada fase do seu desenvolvimento, num espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação”*³. Segundo um relatório da região europeia da OMS⁴, de 2000, apesar das mudanças entretanto ocorridas, muitos países ainda têm que evoluir para atingir o nível de CSP definido na Declaração de Alma-Ata, enquanto outros países já o superaram. Hannu Vuori⁵ considera que os CSP devem ser *“uma estratégia para integrar todos os diferentes níveis dos serviços de saúde”* e Barbara Starfield⁶ concorda com essa estratégia.

Assim, os CSP podem ser vistos como uma *“parte integrante, permanente e central do sistema nacional de saúde, em todos os países”*⁷ ou como o *“meio pelo qual as duas metas dos sistemas de serviços de saúde – otimização dos cuidados de saúde e equidade na distribuição de recursos – se equilibram”*⁷. Os CSP fazem a promoção da saúde e de hábitos de vida saudável e a abordagem dos problemas mais comuns da comunidade, proporcionando cuidados preventivos, curativos e de reabilitação da doença, tentando maximizar a saúde e o bem-estar. Integram, também, os cuidados quando existe mais do que um problema de saúde. Além disso, possibilitam o tratamento no contexto em que as doenças se manifestam e influenciam as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. Os cuidados de saúde primários organizam e racionalizam a utilização dos recursos básicos e especializados dirigidos à promoção, manutenção e melhoria da saúde individual e comunitária⁸.

Os elementos constitutivos dos cuidados de saúde primários (CSP) são:

1. **“Um conjunto de atividades”⁹** – o que faz eco na Definição de Alma-Ata, na qual se podem identificar algumas atividades básicas a serem desenvolvidas nos CSP: a) educar para a promoção da saúde e prevenção da doença; b) promover uma alimentação e nutrição saudáveis; c) garantir condições sanitárias básicas à população; d) providenciar cuidados materno-infantis e programas de planeamento familiar; e) implementar os programas de vacinação obrigatórios; f) prevenir as doenças endémicas da população; g) prestar especial atenção às doenças mais frequentes; h) garantir o acesso aos medicamentos essenciais¹⁰.
2. **“Um nível de cuidados”⁹** – significa serem os CSP o primeiro ponto de contacto das pessoas com o sistema de saúde e onde 85 a 90% dos seus problemas de saúde podem ser resolvidos¹⁰. O Relatório de Lord Dawson of Penn, em 1920¹¹, distinguiu três grandes níveis de serviços de saúde no Reino Unido: um nível primário: os centros de saúde; um nível secundário: os hospitais; e um nível terciário: os hospitais-escola. Embora esta estrutura ainda prevaleça na maioria dos países, o conteúdo e a interface entre os cuidados primários e secundários foram-se alterando¹.
3. **“Uma estratégia de organização dos serviços de saúde”⁹** – os CSP fazem referência à noção de que os cuidados devem ser acessíveis a toda a população; devem responder às suas necessidades; devem funcionar de uma forma integrada, baseados na participação comunitária; devem manter uma adequada relação custo/benefício; e devem possibilitar uma colaboração intersetorial¹².
4. **“Uma filosofia que deve implicar todo o sistema de saúde”⁹** – eles têm subjacente a prestação equitativa de cuidados de saúde como um direito fundamental dos cidadãos, independente de qualquer outro fator, o que, a maioria das sociedades reconhece, inscrevendo-o no quadro dos direitos positivos¹³.

Em muitos sistemas de saúde, particularmente no contexto dos países em desenvolvimento ou em transição, os CSP são definidos como o conjunto das intervenções sanitárias essenciais consagradas na Declaração de Alma-Ata³. Isto tem levado a que se olhe os CSP como programas verticais para valências de saúde seletivas¹⁴, ou então como um pacote de serviços essenciais utilizados em parte como ferramenta de financiamento, mas também para combater as doenças, predominantemente as transmissíveis e a mortalidade materna e perinatal¹⁵. Esta abordagem por valências seletivas dos CSP foi amplamente criticada: por falta de uma base científica¹⁶, por ser uma reinvenção da tradicional orientação técnica para programas verticais¹⁷, por se basear em juízos de valor¹⁸, por ter um impacto negativo no processo de desenvolvimento da saúde¹⁹, por ser mesmo contraproducente²⁰, e pela validade do custo/benefício da tecnologia como base para justificar a abordagem por valências seletivas dos CSP²¹.

Uma alternativa aos CSP por valências seletivas são os CSP globais, que prevalecem em muitos países desenvolvidos, abrangendo um amplo leque de serviços, e englobando ações de educação para a saúde, de promoção da saúde, de prevenção da doença, de cuidados curativos, de reabilitação e de fim de vida. Alguns argumentam que os CSP globais também devem ser acessíveis e concretizáveis nos países em vias de desenvolvimento²².

Na Europa, o conjunto de atividades a serem descentralizadas para os CSP está em rápido desenvolvimento. Muitas consultas de ambulatório especializado estão a ser transferidas para os CSP, através de consultas de ligação, incentivadas pela partilha de cuidados²³. Mesmo pacientes que antes eram internados em serviços hospitalares tradicionais estão a passar para os CSP, através de cuidados prestados por equipas hospitalares no domicílio²⁴. Os médicos de família (MF) também estão a ser chamados a prestar cuidados de urgência em situações que tradicionalmente eram assistidas no hospital²⁵.

A interface entre os cuidados primários e os cuidados secundários é dinâmica e está em mudança, tal como a fronteira entre os médicos de família e os médicos hospitalares²⁶. Existe aliás uma considerável sobreposição de funções com médicos de família proporcionando cuidados especializados e especialistas hospitalares proporcionando serviços de cuidados gerais^{27,28,29}, o que complica de modo muito significativo a comparação de resultados nos diferentes países e contextos¹.

Os cuidados de saúde primários (CSP) são muitas vezes equiparados ao papel de uma porta de entrada “*gate-keeping*”³⁰. No entanto, eles desempenham um papel muito mais importante, não apenas o de porta de entrada, mas o de um processo fundamental no sistema de saúde³¹. São o primeiro contacto, mas também, a linha da frente, contínua, global e coordenada de cuidados³². O primeiro contacto deve estar acessível no momento da necessidade³². A continuidade de cuidados centra-se no longo prazo da saúde de uma pessoa e não no curto prazo do período de vigência de uma doença³². O cuidado global deve ser uma gama de serviços adequada aos problemas comuns da população e disponível ao nível dos cuidados primários³². Os cuidados primários devem ter o papel de coordenar os outros serviços especializados de que o paciente necessite^{1,32,33}.

As equipas de CSP podem ser formadas apenas por médicos de família e/ou clínicos gerais, enfermeiros comunitários e/ou de família, e pessoal de apoio¹. Ou então, formadas por grandes equipas multidisciplinares, incluindo enfermeiros especialistas, gestores, pessoal de apoio, técnicos de serviço social, psicólogos, técnicos de saúde, médicos de família e outros médicos especialistas a atuar nos cuidados primários³⁴.

O Royal College of General Practitioners do Reino Unido definiu o profissional de cuidados de saúde primários (CSP) como “*qualquer profissional da área da saúde cuja qualificação profissional em cuidados de saúde é reconhecida por um conselho legalmente aprovado pelo Parlamento, e que atende clientes/pacientes, sem qualquer referência direta a partir de outro profissional de saúde, ou que trabalha numa instituição médica e/ou de enfermagem que fornece cuidados de saúde primários com acesso livre*”³⁵. Trata-se de uma definição abrangente que permite incluir médicos (de família, de saúde pública, de geriatria, de saúde escolar, psiquiatras comunitários, e, em alguns países, médicos de medicina interna, pediatras, ginecologistas e outras especialidades), enfermeiros,

técnicos de saúde, psicólogos, médicos dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, dietistas, técnicos de serviço social, auxiliares de ação médica, ajudantes familiares, pessoal administrativo e gestores².

No entanto, em muitos países europeus uma equipa nuclear de cuidados de saúde primários (CSP) é frequentemente constituída por um clínico geral/médico de família, um enfermeiro comunitário/enfermeiro de família, um técnico de serviço social, um fisioterapeuta e pessoal administrativo³⁶.

O médico de família (MF) e o enfermeiro de família (EF) são assim parte integrante dos cuidados de saúde primários, mas os conceitos não são sinónimos. Os papéis do MF e do EF indicam a amplitude dos serviços prestados e o grau de uniformidade nos serviços de cuidados de saúde primários.

Nos países industrializados, o médico de família é o único médico que opera em nove níveis de cuidados: 1) na prevenção; 2) na deteção pré-sintomática de doenças; 3) no diagnóstico precoce; 4) no diagnóstico da doença estabelecida; 5) na gestão da doença; 6) na gestão da doença com complicações; 7) na reabilitação; 8) nos cuidados terminais; 9) aconselhamento³⁷.

Em relação à prática hospitalar, o médico de família: observa uma gama ampla de problemas de saúde; os problemas apresentam-se de uma forma indiferenciada; os problemas psicossociais desempenham um papel muito importante; as probabilidades e a apresentação das doenças são diferentes; o MF mantém uma relação mais pessoal e continuada com o paciente; os contactos no âmbito da medicina geral e familiar são mais curtos e frequentes, ao invés do que se passa no hospital, em que os contactos são em menor número e mais prolongados³⁸.

Todo o médico de família deve: a) aprender a avaliar o paciente na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural, juntamente com a avaliação da patologia de que esse paciente possa padecer; b) aprender a compreender os fenómenos da saúde e da doença integrados no contexto familiar e na modificação estrutural das famílias, enquanto geradoras de problemas; c) entender as influências do meio social envolvente e perceber as necessidades em saúde da comunidade; d) aplicar o dever ético de prestar os melhores cuidados de saúde à luz de conhecimentos atualizados técnica e cientificamente³⁹.

O enfermeiro de família (EF), cujo desenvolvimento se deu a partir da Declaração de Munique da Organização Mundial de Saúde⁴⁰, integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando as atividades de educação para a saúde, manutenção, estabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade⁴¹. A enfermagem de família define-se como uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do ciclo de vida e desenvolve-se nos diferentes locais da comunidade. Pode-se dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazer².

Concluindo, os cuidados de saúde primários, no seu conceito atual, são apresentados como cuidados de saúde essenciais e acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando ações de promoção da saúde, de prevenção da doença, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida². Exigem e fomentam a autorresponsabilização, a autonomia e a participação ativa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos cuidados de saúde, tirando o maior proveito possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades.

2.2. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O sistema de saúde português começou a desenhar-se no início do século XX, com a reforma de Ricardo Jorge, que se traduziu num conjunto de diplomas promulgados em 1899, mas só aplicados a partir de 1903. Estes diplomas reorganizaram a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criaram a Inspeção-Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene, como serviços centrais de coordenação, bem como os cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária. Foram ainda explicitadas as competências das diversas entidades administrativas e eclesiásticas nos assuntos da saúde. Esta reforma pode ser considerada, o embrião do “*moderno sanitarismo*” tendo sido influenciada por organismos e intervenções internacionais⁴².

A segunda reforma, com tradução normativa no Decreto-Lei (Dec-Lei) n° 35108, de 7 de novembro de 1945, decorrente do estatuto da assistência social (Lei n° 1998, de 15 de maio de 1944), cria duas Direções-Gerais, a da Saúde e a da Assistência. A primeira com funções de orientação e fiscalização quanto à técnica sanitária e de ação educativa e preventiva; a segunda com a responsabilidade administrativa sobre os hospitais e sanatórios. Este diploma cria ou autonomiza institutos responsáveis por programas verticais, como o Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, Instituto Maternal, Serviço Anti-Sezonático e de Higiene Rural, Instituto de Assistência à Família, entre outros⁴³. Cria em cada distrito uma Delegação de Saúde e em cada concelho uma Sub-Delegação de Saúde. Nele, são ainda previstas diversas instituições, com autonomia técnica e administrativa, como os Hospitais Cívicos de Lisboa e os Hospitais da Universidade de Coimbra, e ainda regulamentadas as instituições de assistência particular, que ficam na dependência do Ministério do Interior⁴².

Em 1946 é publicada a Lei n° 2011, de 2 de abril, que estabelece as bases da organização hospitalar e promove a construção de hospitais com dinheiros públicos, mas depois entregues às Misericórdias. Atendendo a esta lei iniciou-se a regionalização hospitalar, segundo a qual os hospitais deveriam agregar-se em circunscrições de três níveis, o concelho, a região (distrito) e a zona (conjunto de distritos) cooperando tecnicamente entre si⁴³. Ainda em 1946, pelo Dec-Lei n° 35311, de 25 de abril, é criada a Federação das Caixas de Previdência, que centralizou os cuidados de saúde curativos até aí dispersos por vários sindicatos e que se desenvolveu em paralelo com os serviços de saúde públicos, proporcionando aos seus beneficiários um conjunto de regalias então muito superior às disponibilizadas pelo Estado⁴².

A terceira reforma inicia-se no termo da década de 60 e início da de 70 do século XX, com a legislação publicada em 1968, o Estatuto Hospitalar (Dec-Lei nº 48 357, de 27 de abril) e o Regulamento Geral dos Hospitais (Dec-Lei nº 48 358, de 27 de abril), da responsabilidade do Dr. Neto de Carvalho, e em 1971, a lei orgânica do Ministério (Dec-Lei nº 413/71, de 27 de setembro) e a estruturação das carreiras profissionais dos funcionários do Ministério da Saúde e Assistência. Foram “estabelecidas as seguintes carreiras profissionais: Carreira médica de saúde pública, carreira médica hospitalar, carreira farmacêutica, carreira da administração hospitalar, carreira de técnicos superiores de laboratório, carreira de ensino de enfermagem, carreira de enfermagem de saúde pública, carreira de enfermagem hospitalar, carreira de técnicos terapeutas, carreira de técnicos de serviço social, carreira de técnicos auxiliares de laboratório, carreira de técnicos auxiliares sanitários” (Dec-Lei nº 414/71, de 27 de setembro), da responsabilidade de Gonçalves Ferreira, que reorganizou os serviços e baseou-se no princípio de que “a política de saúde e assistência tem por objetivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, e, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição, que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias. Ao alargamento de funções e objetivos pretendidos não pode deixar de corresponder a renovação dos meios de ação, o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, o desenvolvimento dos serviços, a preparação do pessoal necessário e conseqüente instalação de carreiras profissionais, cobrindo os serviços centrais e locais, e a unidade de planeamento e direção das atividades por que se efetiva a política de saúde, com vista ao estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde”⁴⁴.

De facto, até 1968, o papel do Estado reduzia-se a permitir que os serviços locais funcionassem, através da atividade de clínicos gerais e de instituições locais de saúde, na maioria ligadas a Montepios e às Misericórdias⁴⁵. O Estado era responsável pela construção e gestão dos hospitais nas grandes cidades e tinha ainda a responsabilidade da organização da saúde pública através da manutenção de uma rede de funcionários de saúde em todos os municípios do país.

Até 1974, apenas cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por esquemas de proteção na doença, sendo os encargos com a saúde assumidos, parcial ou totalmente, pela Previdência Social⁴⁶. Os restantes cidadãos (60%) suportavam os encargos com os seus cuidados de saúde.

Igualmente, no que respeita à propriedade dos meios de produção de cuidados de saúde, designadamente hospitalares, o Estado assumia um papel tímido, pertencendo a maioria dos estabelecimentos às misericórdias e a outras entidades sem fins lucrativos. A atividade privada de prestação de cuidados de saúde distribuía-se fundamentalmente pelas áreas das consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, apresentando uma fraca estrutura empresarial. No entanto, ainda no governo de Marcelo Caetano foi criado um Serviço Nacional de Ambulâncias e assistiu-se à estruturação jurídica dos Centros de Saúde (CS) com o Dec-Lei nº 102/71, de 24 de março, que previa “o estabelecimento de uma rede de centros de saúde localizados nas sedes

dos concelhos em articulação com os serviços médico-sociais da Previdência e instalados, de preferência, nos hospitais sub-regionais de acordo com um plano global", mas no meio deste período crítico de tanta implementação de medidas, era necessário coordenar, articular e integrar, pelo que este Dec-Lei acabou revogado pelo Dec-Lei nº 413/71, de 27 de setembro⁴⁷.

Contudo, a profunda alteração política determinada pela Revolução de 25 de abril de 1974 teve imediatos e profundos reflexos também no setor da saúde, iniciando-se a sua quarta reforma, que abarca o período de 1974 a 1979⁴².

No início de 1975, menos de um ano após a revolução de Abril, o IV Governo Provisório lança a campanha do "*Serviço Médico à Periferia*", que obriga todos os médicos recém-formados ao exercício profissional durante um ano fora dos grandes centros urbanos. Esta campanha criou a oportunidade de melhorar a assistência médica nos Centros de Saúde periféricos e do interior do país⁴⁸.

A nova Constituição da República Portuguesa de 1976, consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais, confirma, no seu artigo 64, a saúde como um direito dos cidadãos que deveria ser assegurado por um Serviço Nacional de Saúde (SNS), inspirado no modelo inglês, e que garantisse o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos e baseando-se na universalidade e na gratuidade do acesso aos cuidados de saúde⁴⁹.

Assistiu-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência do alargamento da cobertura da população portuguesa na doença, quer através da assunção dos encargos com a saúde por terceiros pagadores ou subsistemas – funcionários públicos, militares, bancários, entre outros – quer através do acesso direto e gratuito aos serviços públicos de saúde. Paralelamente, verificou-se uma melhoria significativa e sustentada dos indicadores de saúde dos portugueses. Por exemplo, a criação do serviço médico à periferia constituiu uma forma de desconcentração dos recursos da saúde e teve um impacto importante no acesso das populações rurais aos cuidados de saúde, assim como se refletiu positivamente na taxa de mortalidade infantil, a qual diminuiu de 38,9% para 19,8% entre 1975 e 1982⁴⁶. Esse serviço médico à periferia estava integrado no período de pós-graduação médica, ou seja, após o internato geral o médico só poderia prosseguir a sua carreira nas instituições públicas se fizesse um ano de exercício de medicina a nível do interior do país. Entretanto ocorreu a estatização da maior parte dos hospitais das misericórdias e a integração do seu pessoal na função pública tornando o Estado português o maior proprietário e gestor de serviços de saúde. Assim, a partir dessa altura, este aliou o papel de principal financiador dos cuidados de saúde ao de principal prestador⁴⁹.

Em 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro, Lei de Bases do SNS, mais conhecida por "*Lei Arnaud*", verificaram-se alterações significativas na estrutura e na organização dos serviços públicos de saúde. Estas alterações acabaram por nunca vir a ser concretizadas em muitos aspetos importantes, devido às oposições ao modelo definido de prestação de cuidados (a velha querela entre o público e o privado), e ainda às dificuldades objetivas de implementação, principalmente de natureza financeira⁴⁹. A direção da Ordem dos Médicos da altura

fez uma forte oposição, acusando a lei de limitar o princípio da livre escolha do médico pelo doente e de transformar todos os médicos em funcionários públicos, e terá sido em 1979 que, pela primeira vez, a Ordem dos Médicos se afirmou como grupo de veto, tentando “*inviabilizar medidas que a prejudiquem mesmo que elas favoreçam interesses muito mais amplos e majoritários*”⁵⁰.

Porém, apesar de ter sido regulamentada, a Lei, “*nunca chegou a ser integralmente aplicada, nomeadamente no que diz respeito à orgânica dos serviços centrais e regionais e ainda menos no que respeita à descentralização e participação*”⁵¹ e depressa se constatou que lhe faltava uma direção autónoma. Neste sentido, “*o SNS existe na lei mas não funciona como tal. Além de não terem sido criados alguns órgãos que lhe são essenciais [...], não foi erigida a Administração Central, pelo que a direção das suas atividades [...], não estará a ser exercida pelo órgão que a lei determina*”⁵².

A quinta reforma, ou contra-reforma, inicia-se logo em janeiro de 1980 com a suspensão, pelo Governo da Aliança Democrática que vencera as eleições legislativas de dezembro de 1979, de alguns dos diplomas publicados ainda em 1979, pelo V Governo Constitucional e que preenchiam o desenho organizativo da Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Resolução do Conselho de Ministros nº 1/80, de 10 de janeiro. Quatro destes diplomas acabariam por ser revogados pelo Dec-Lei nº 81/80, de 19 de abril: a criação da carreira de clínico geral e a reestruturação da carreira de saúde pública; a reorganização das administrações distritais de serviços de saúde; a criação do Departamento de Cuidados de Saúde Primários da Administração Central de Saúde; e a criação dos centros comunitários de saúde e a regulamentação dos órgãos locais do SNS. No entanto, as obrigações constitucionais impuseram também limites aos projetos de alteração do SNS através de lei ordinária. Sendo esclarecedor o Acórdão nº 39/84, de 11 de abril, do Tribunal Constitucional que declara inconstitucional o artigo 17.º do Dec-Lei nº 254/82, de 29 de junho, que revogou a maior parte da Lei nº 56/76, o que se traduziu na extinção do SNS⁴²; “*... não é a Lei nº 56/79, em si mesma, que não pode ser revogada – é apenas o Serviço Nacional de Saúde que, uma vez criado, não pode ser abolido. A lei pode ser revogada, desde que outra a substitua e mantenha o serviço nacional de saúde. O serviço nacional de saúde pode ser modificado; só a existência de um serviço nacional de saúde passou a ser um dado adquirido no património do direito à saúde, sendo, como tal, irreversível (a não ser mediante revisão constitucional que o permitisse) [...]. O Governo incorreu numa ação inconstitucional cujo resultado pode e deve ser impedido em sede de fiscalização da constitucionalidade. A obrigação que impunha ao Estado a constituição do serviço nacional de saúde transmuta-se em obrigação de não o extinguir.*”

De 1980 a 1990, o Estado, através do Ministério da Saúde, passou a dispor de uma vasta estrutura nacional de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, hospitais gerais e especializados, institutos e centros de saúde, com milhares de funcionários de diferentes categorias profissionais, com uma administração central poderosa e administrações regionais fracas, sendo todo o sistema regulado pelas normas da administração pública⁵³.

Deste modo, começou a assistir-se a uma desvalorização dos direitos sociais e a uma perda de qualidade dos serviços de saúde, sem recursos suficientes para fazer face a uma procura sempre crescente dos cuidados de saúde. Ao mesmo tempo, as entidades

privadas assumiram um papel progressivamente mais importante na produção de alguns bens e serviços de saúde, passando o Estado, cada vez mais, a assumir um papel de mero financiador⁵⁰.

Também foi, desde 1980-1990, que se começaram a verificar as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde, criando-se as “*taxas moderadoras*” que visaram racionalizar a utilização das prestações de cuidados de saúde. O que de facto aconteceu foi que a gratuidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deixou de funcionar, transformando-se as taxas moderadoras em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde⁵⁰. Simultaneamente, o setor privado beneficiou, quer diretamente com a criação e desenvolvimento de convenções entre o Estado e entidades privadas, quer indiretamente pelo descontentamento crescente da população com os serviços públicos, que determinou o desvio de parte da procura do setor público para o privado, iniciando desta forma o seu restabelecimento progressivo, enquanto alternativa ao SNS⁴⁹.

Em Portugal, algumas propostas que animavam na década de 80 o debate sobre a reforma do sistema de saúde defendiam um papel mais ativo do setor privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial do SNS. Que se traduziram, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de agosto, num Sistema de Saúde entendido não apenas como SNS mas também como todas as entidades públicas que desenvolvam a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde, bem como as entidades privadas e profissões liberais que acordaram com o SNS uma ou várias daquelas atividades. E, com base no atual artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, após a quarta revisão constitucional de 1997, é incumbido ao Estado articular as formas empresariais e privadas da medicina com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade, contribuindo para o estabelecimento de um sistema global com o objetivo comum de promover a saúde dos cidadãos⁵⁴.

“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, é esta a premissa essencial de todo o Sistema de Saúde Português, afirmada no artigo 64.º da Constituição⁵⁴. “O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”⁵⁴ no momento da utilização dos serviços de cuidados de saúde. Assim como “pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável”⁵⁴.

O Estado também tem, constitucionalmente, de garantir o acesso aos cuidados de saúde, uma racional e eficiente cobertura do país e a socialização dos custos. É ainda dever do Estado regular as formas empresariais e privadas dos cuidados de saúde e toda a cadeia de uso de produtos de saúde¹³. O financiamento do sistema é feito essencialmente através dos impostos. O Orçamento Geral do Estado estabelece a verba que é destinada ao setor da saúde. Os trabalhadores e respetivas entidades patronais, quando pertencentes

a um designado “*subsistema de saúde*”, são sujeitos a quotizações acrescidas. Quem, voluntariamente, subscrever um seguro de saúde, também terá que pagar o respetivo prémio. Os cidadãos podem, ainda, pagar diretamente cuidados de saúde, quando recorrem ao setor privado, quando pagam taxas moderadoras ou também, quando adquirem medicamentos. São as designadas “*despesas das famílias*” com a saúde².

A coordenação e regulação do sistema de saúde português está a cargo do Ministério da Saúde, contando com vários serviços centrais com funções específicas, entre os quais a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral da Saúde e recentemente, e no quadro de uma nova reforma estrutural do setor da saúde, foram criadas a Administração Central do Sistema de Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde. Esta última foi criada como um organismo independente orgânica e funcionalmente em relação ao Ministério da Saúde e que pretende supervisionar todos os operadores independentemente da sua natureza jurídica^{55,56}. As decisões estratégicas, a organização do sistema, a alocação de recursos, o funcionamento efetivo e a prestação dos serviços constituem áreas sociais que se devem ordenar pelas regras do direito positivo (as leis). E, devem adequar-se aos princípios da Bioética, pelo que a regulação se tornou um instrumento essencial, não apenas para garantir a concorrência saudável entre os diversos operadores mas, essencialmente, para salvaguardar o direito inalienável de todos os cidadãos a um sistema justo, solidário e equitativo¹³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atun R. (WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2004.
2. Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. 2ª edição revista e actualizada. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
3. WHO – World Health Organization. Primary health care. Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (Health for All Series, No 1) Geneva; 1978.
4. WHO – World Health Organization. From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at midpoint. Geneva; 1988.
5. Vuori H. Primary health care in Europe - Problems and solutions. Community Medicine. 1984; 6: 221-231.
6. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. British Journal of General Practice. 2001; 51(465): 303-309.
7. Basch PF. Textbook of international health. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 1999.
8. Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
9. Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1986; 36: 398-402.
10. Nunes R. Rego G. Prioridades na Saúde. Lisboa: McGraw-Hill; 2002.
11. Lord Dawson of Penn. Interim report on the future provisions of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative council on medical allied services. London: HMSO; 1920.

12. Starfield B. Refocusing the system. *New England Journal of Medicine*. 2008; 359(20): 2087-2091.
13. Nunes R. *Regulação da saúde*. 2ª edição. Porto: Vida Económica; 2009.
14. Walsh J, Warren K. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*. 1979; 301(18): 967-974.
15. World Bank. *World development report 1993. Investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993.
16. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine*. 1986; 22(10): 1001-1013.
17. Gish O. Selective primary health care: Old wine in new bottles. *Social Science and Medicine*. 1982; 16(10): 1049-1053.
18. Eddy DM. What care is essential? What services are basic? *Journal of the American Medical Association*. 1991; 265(6): 786-788.
19. Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. *Social Science and Medicine*. 1986; 23(6): 559-566.
20. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*. 1998; 13(3): 199-215.
21. Berman PA. – Selective primary health care: is efficient sufficient? *Social Science and Medicine*. 1982; 16(10): 1054-1094.
22. Segall M. Primary health care is viable. *International Journal of Health Planning and Management*. 1987; 2(4): 281-291.
23. Orton P. Shared care. *Lancet*. 1994; 344(8934): 1413-1415.
24. Hughes J, Gordon P. *Hospitals and primary care - Breaking the boundaries*. London: King's Fund Centre; 1993.
25. Avery A, Pringle M. Emergency care in general practice. *British Medical Journal*. 1995; 310 (6971): 6.
26. Starfield B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *British Journal of General Practice*. 2003; 53(494): 723-729.
27. Calnan M, Cant S, Williams S, Killoran A. Involvement of the primary health care team in coronary heart disease prevention. *British Journal of General Practice*. 1994; 44(382): 224-228.
28. Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin LM, Chan L, Schneeweiss R. The generalist role of specialty physicians: Is there a hidden system of primary care? *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279(17): 1364-1370.
29. Moffat MA, Sheikh A, Price D, Peel A, Williams S, Cleland J, et al. Can a GP be a generalist and a specialist? Stakeholders views on a respiratory general practitioner with a special interest service in the UK. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(62): [citado em 30 de Dezembro de 2008]. Disponível em URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/62>.
30. Gray DP. Planning primary care. 'Towards even better primary care'. *Occasional Paper Royal College of General Practitioners*. 1992; 57: 1-67.
31. Hasler JC. The primary health care team: History and contractual farces. *British Medical Journal*. 1992; 305: 232-234.
32. van Weel C. Teamwork. *Lancet*. 1994; 344(8934): 1276-1279.
33. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001; 55(7): 452-454.
34. Veríssimo MT. Avaliação multidimensional do idoso. In: *Psicogeriatrics*. Firmino H. (editor), Coimbra: Livraria Almedina; 2006. p. 489-498.
35. Gray DP. Feeling at home. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1978; 28(186): 6-17.
36. Klein R. *The new politics of the NHS: From creation to reinvention*. 5th edition. London: Radcliffe Publishing; 2006.

37. Starfield B. Primary care. *Journal of Ambulatory Care Management*. 1993; 16(4): 27-37.
38. Sá AB. *A Decisão em medicina geral e familiar*. Lisboa: edição do autor; 2002.
39. Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; volume temático 2: 63-74.
40. WHO – World Health Organization. Ministerial Conference on nursing and midwifery in Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
41. Correia C, Dias F, Coelho M, Page P, Vitorino P. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 75-82.
42. Simões J. Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho. Coimbra: Livraria Almedina; 2004.
43. Campos AC. *Saúde o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.
44. Ferreira FAG. *Moderna saúde pública*. 4ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1978.
45. Santos AL. A relação médico-doente-instituições-estado. *Acção Médica*. 1999; 63(4): 213-222.
46. Santana P. *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde: Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde*. Coimbra: Comissão de Coordenação da Região Centro; 1995.
47. Lopes OG. Planeamento em saúde. Para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1987; 23: 99-114.
48. Mendo P. A carreira médica de clínica geral. In: Alves MV, Ramos V. (editor). *Medicina geral e familiar: da vontade*. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 51-67.
49. Simões JA. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. *Acção Médica*. 2008; 72(2): 95-106.
50. Santos BS. O estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1987; 23: 13-74.
51. Campos AC. *Confissões políticas da saúde - Auto de breve governação*. Lisboa: Oficina do Livro; 2002.
52. Ferreira C. *Assistência social portuguesa. Apontamentos sobre a sua história, seus princípios e sua organização*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1986; 4(1/2): 39-50.
53. Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G. – *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill; 2002. p. ix-xx.
54. Miranda J, Silva JP. *Constituição da República Portuguesa*. 2ª edição revista. Cascais: Principia; 2000.
55. Nunes R, Melo H. A nova carta dos direitos do utente dos serviços de saúde. In: Nunes R, Brandão C. (editor). *Humanização da saúde*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2007. p. 15-59.
56. Nunes R, Rego G, Brandão C. Healthcare regulation as a tool for public accountability. *Medicine, Healthcare and Philosophy*. 2009; 12: 257-264.

3. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado na dependência da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais, pela Lei nº 56/1979 de 15 de setembro. Este era constituído por um conjunto de órgãos e serviços que tinham como objetivo a prestação de cuidados globais e generalizados a toda a população, visando a “*promoção e vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e a sua reabilitação médica e social*”¹. Com este objetivo privilegiava os cuidados de saúde primários (CSP), reorganizava a rede hospitalar, aumentava-a em número de camas, apetrechava-a com tecnologias mais sofisticadas, reestruturava as carreiras médicas e de enfermagem, desenvolvia o controlo sobre a medicina privada e os produtos farmacêuticos. No entanto, a nível central manteve-se uma estrutura vertical e paralela para os CSP e para os hospitais².

A revisão da Constituição de 1989 torna a saúde “*tendencialmente gratuita*”³. Em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde que refere que esta passa a ser da responsabilidade não só do Estado mas também de cada indivíduo, assim como das iniciativas sociais e privadas. Esta norma permitiu o aumento de contratos do SNS com o setor privado, a introdução da medicina privada dentro dos hospitais públicos, o início da primeira experiência de concessão da gestão de um hospital público a uma entidade privada e benefícios fiscais à realização de seguros de saúde. Em 1990 são também introduzidas as taxas moderadoras³.

O Estatuto do SNS, aprovado pelo Dec-Lei nº 11/1993, de 15 de janeiro, veio estabelecer o conceito de unidades integradas de cuidados de saúde, formadas pelos hospitais e centros de saúde de determinada área geográfica, atribuindo às Administrações Regionais de Saúde a coordenação do trabalho entre hospitais e centros de saúde³.

Pelo Dec-Lei nº 207/1999, de 9 de junho, foi criada, pelo Serviço Nacional de Saúde, a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, com a finalidade de melhoria da prestação de cuidados de saúde. Esta assenta, segundo a legislação, na criação de condições que possibilitem a melhor gestão das suas instituições e a melhor articulação dessas instituições entre si e com outras instituições na mesma área geográfica. Tratou-se da primeira experiência, em Portugal, de integração numa única entidade pública do Serviço Nacional de Saúde, para a área geográfica daquele município, dos serviços prestadores de cuidados de saúde à população, quer os cuidados de saúde primários (CSP) quer os hospitalares.

A ULS de Matosinhos (ULSM) passou a integrar o Hospital de Matosinhos e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, S. Mamede de Infesta e Leça da Palmeira. A missão da ULSM consiste em identificar as necessidades de saúde das populações abrangidas e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços de fácil acesso e circulação que permitam ganhos em saúde, com eficiência técnica e social. Em 2001/2002, por encomenda do Ministério da Saúde ao Instituto Nacional de Administração (INA)⁴, a experiência da ULSM foi avaliada, por uma equipa coordenada pelo Professor Jorge Simões, com resultados positivos.

A característica intrínseca do modelo de ULS é a integração da prestação dos cuidados de saúde, com a finalidade de ser potenciadora de impactos positivos no acesso dos utentes residentes na sua área de influência, em comparação com os demais utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ou seja, o objetivo de criação das ULS foi melhorar o acesso aos cuidados de saúde dos utentes abrangidos por este novo sistema de gestão.

Efetivamente, na génese das ULS esteve o objetivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos CSP com os Hospitais e, eventualmente, com outras entidades, designadamente, as unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.

O modelo foi alargado em 2007, com a criação da ULS do Norte Alentejano; no ano seguinte, foram criadas as ULS do Alto Minho, do Baixo Alentejo e da Guarda; em 2009, foi criada a ULS de Castelo Branco.

3.1. OS HOSPITAIS

Os serviços prestadores de cuidados hospitalares são constituídos, segundo Diogo Gomes¹, pelos centros hospitalares gerais e especializados e ainda por outras instituições especializadas. Compreendem o internamento hospitalar e os atos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, as consultas externas de especialidade e os cuidados de urgência na doença e no acidente⁵.

Até aos anos 70 do século passado a prestação da assistência hospitalar à população era feita por unidades regionalizadas e hierarquizadas em redes de referência, que desenvolviam a sua ação em regiões previamente definidas e que correspondiam à divisão administrativa do país, de acordo com a Lei da Organização Hospitalar nº 2011, de 2 de abril de 1946. A Direção-Geral dos Hospitais viria a ser criada em 1961 pelo Dec-Lei nº 43853, de 10 de agosto, com o objetivo, referido por Octávio Lopes⁶, de coordenar e fiscalizar os estabelecimentos perante a exigência de uma orientação técnica especializada e centralizada a nível superior.

Nos primeiros anos dessa década verificou-se o relançamento dos hospitais, após a publicação a 27 de abril de 1968 do Estatuto Hospitalar, Dec-Lei nº 48357, e do Regulamento Geral dos Hospitais, Dec-Lei nº 48358, que pretenderam uniformizar a orgânica e o fun-

cionamento de todos os hospitais do país, essencialmente estatais e das Misericórdias, e criar carreiras para pessoal médico, de enfermagem, de administração e de farmácia⁷.

Após a Revolução de 25 de abril de 1974 verificou-se a nacionalização dos hospitais distritais e concelhios que, até aí, pertenciam às misericórdias, feita pelo Dec-Lei nº 704/1974, de 7 de dezembro. O Dec-Lei nº 129/1977, de 2 de abril, aprovou a Lei Orgânica Hospitalar, com aplicação aos hospitais centrais, gerais e especializados e aos hospitais distritais, caracterizando-os como pessoas coletivas de direito público, dotados de autonomia administrativa e financeira¹. Em 1988 é publicada nova legislação hospitalar, Dec-Lei nº 19/1988, de 21 de janeiro – Lei da Gestão Hospitalar, e Decreto Regulamentar nº 3/1988, de 22 de janeiro, que introduz alterações nos órgãos e funcionamento hospitalar, o reforço das competências dos órgãos de gestão levou ao abandono das direções de tipo colegial, que haviam sido introduzidas em 1974, passando os titulares dos órgãos de gestão a ser designados pela tutela política³. Foram introduzidos métodos de gestão empresarial e reforçados e multiplicados os controles de natureza tutelar por parte do Ministério da Saúde.

A procura e utilização dos serviços intensificou-se nas décadas seguintes com a abertura de novos hospitais centrais e distritais, até que, nos nossos dias, a política de redução do ritmo de crescimento da despesa na saúde, imposta pela conjuntura económica com a conseqüente redução de verbas, refletiu-se no incremento da hospitalização privada e na denominada “*empresarialização*” dos hospitais públicos. A nova legislação sobre o regime jurídico da gestão hospitalar, Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, estabeleceu que “*os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas: a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos*”. Os hospitais empresa foram então criados pelos Dec-Lei nºs 272-292/2002, de 9 e 10 de dezembro. Foi também criada a Rede de Cuidados Continuados pelo Dec-Lei nº 281/2003, de 8 de novembro e ainda a Entidade Reguladora da Saúde pelo Dec-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro, entretanto substituído pelo Dec-Lei nº 127/2009 de 27 de maio. A necessidade de contenção da despesa pública no setor da saúde originou a emergência, ao longo da última década, de novos modelos de gestão hospitalar que se caracterizam, no essencial, pela adoção das regras da gestão empresarial no setor público administrativo, sendo porém fundamental determinar qual o modelo que melhor serve os interesses das populações⁸. A título de exemplo, recorreu-se à metodologia DEA (*Data Envelopment Analysis*) – metodologia de *benchmarking* que permite comparar e confrontar os hospitais entre si e identificar as unidades hospitalares mais eficientes⁹. Os resultados deste estudo confirmam, segundo a autora, que “*a empresarialização produziu efeitos positivos no desempenho hospitalar e que os hospitais Sociedade Anónima (SA), concretamente o seu modelo de gestão, permitiu a estas unidades hospitalares melhorarem a sua performance e crescer em matéria de produtividade comparativamente aos hospitais do Setor Público Administrativo (SPA)*”^{9,10}. Contudo, e apesar do nível de desempenho dos hospitais SA ser claramente superior ao modelo tradicional (SPA), estes hospitais foram transformados em 2005 em Entidades Públicas Empresariais.

No entanto, verifica-se que o sistema hospitalar que emerge está ainda muito ligado a uma estrutura de tecnologia e de administração pesadas e pouco eficazes. O seu desempenho, como estruturas de prestação de cuidados, deve ser submetido “*não só às regras da análise económica, mas também à avaliação da qualidade dos procedimentos clínicos, do diagnóstico aos tratamentos, com base em critérios de custo/eficácia, apoiados nas regras gerais da boa prática clínica*”¹¹. Todo este complexo sistema hospitalar deve estar predominantemente organizado e subordinado aos serviços a prestar às pessoas doentes ou às pessoas ameaçadas pela doença que constituem, naturalmente, o sujeito de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde⁵.

3.2. OS CENTROS DE SAÚDE

Em Portugal, como em outras partes do mundo, os cuidados de saúde primários (CSP) estão indelevelmente associados aos centros de saúde (CS). O CS pode considerar-se o modelo da “*unidade de cuidados de saúde primários*” com a sua comprovada capacidade de providenciar cuidados globais de saúde de um modo custo efetivo, junto das comunidades, num espírito de parceria com elas¹².

Historicamente aquilo que ficou conhecido como o “*movimento dos centros de saúde*” vem do final do século XVIII, com o surgimento dos dispensários gratuitos e clínicas preventivas que tinham um âmbito comunitário e providenciavam cuidados às populações mais desfavorecidas e aos imigrantes. Nos Estados Unidos da América (EUA), incluíam também centros de distribuição de leite para crianças mal nutridas e centros de tratamento da tuberculose e doenças venéreas¹³. Também surgiram na Escócia (1887) centros de tratamento da tuberculose e em França a Clínica de Pierre Budin (1892) para proteção das crianças¹⁴. Contudo, é nos EUA, em 1893, que há referência ao primeiro dispensário público de cuidados de saúde globais, em Chicago¹³.

O conceito de CS foi evoluindo e, nos EUA, na década de 1911-1920 significava uma instituição de serviço público com a missão de cuidados preventivos e de promoção da saúde, complementando os cuidados curativos dos médicos privados, embora alguns destes centros de saúde prestassem também cuidados curativos¹³. Este “*movimento dos centros de saúde*” foi perdendo força a partir de 1930, mas reapareceu como um modelo mais global 30 anos depois³. Este novo movimento teve as suas raízes no simples “*bom senso*”³. É de bom senso oferecer serviços de saúde no local onde as pessoas vivem e de acordo com o modo como elas vivem. Quatro ideias dominaram este movimento: localização por distritos; participação da comunidade; organização estruturada com objetivos de eficiência e coordenação; e cuidados preventivos³.

Os CS estiveram sempre, de uma maneira geral, associados ao apoio às famílias, reconhecendo-se vantagens numa inscrição familiar num mesmo profissional de saúde, que teria a seu cargo toda a família e todas as fases do ciclo familiar. Mas esta inscrição familiar foi variável consoante os enquadramentos dos diferentes países. Contudo, em Portugal foi sempre estimulada a inscrição familiar³.

Uma implicação do “*movimento dos centros de saúde*”³ registou-se a nível das profissões de saúde e do modo como se relacionam entre si. O aspeto mais marcante foi o trabalho em equipa multidisciplinar e a atuação segundo “*o que pode ser feito pela unidade menor de forma satisfatória não deve ser feito pela unidade maior*”³, quando se pretendia ter uma ação o mais abrangente possível. Pelo que, se tornou impossível que uma única profissão lidasse com toda a gama de questões que tinham que ser abordadas. Algumas profissões tiveram um grande desenvolvimento, como foi o caso dos enfermeiros de saúde pública, verificando-se até o surgimento de outras, que nunca tiveram o desejável desenvolvimento em Portugal, como os “*ajudantes comunitários ou familiares*”³ com a função de aumentarem e melhorarem a comunicação entre o centro de saúde e a comunidade.

O “*movimento dos centros de saúde*”³ introduziu alterações no próprio conceito de cuidados de saúde primários (CSP) ao acrescentar e consolidar a dimensão comunitária na abordagem que estes cuidados fazem aos problemas de saúde. Esta dimensão encontra-se mais ou menos consolidada nos vários sistemas de saúde.

A política de dar prioridade aos CSP surge pela primeira vez em Portugal, no início dos anos 70 do século XX, integrada na política do “*estado social*”¹⁵. Generalizou-se então o atendimento gratuito a toda a população após o alargamento, em 1971, à população rural dos serviços médico-sociais da Previdência Social e o reconhecimento do direito à saúde, com especial atenção para os grupos de maior risco, as grávidas e as crianças⁵.

O Dec-Lei nº 413/71, de 27 de setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, foi um marco histórico por ter lançado a reforma que estabeleceu os fundamentos de um serviço nacional de saúde e pela criação dos, atualmente designados, centros de saúde (CS) de “*primeira geração*”¹⁶.

Na prática, manteve-se a separação dos CS – com atividades de saúde materno-infantil, incluindo vacinação, mais tarde alargados ao planeamento familiar, saneamento do ambiente e cuidados médicos de base¹⁷. Estes últimos limitam-se aos exames médicos, exigidos por Lei, para admissão na função pública, para os manipuladores de alimentos, para a obtenção de carta de condução – e os postos dos serviços médico-sociais das caixas de previdência.

Em 1975, a criação do serviço médico à periferia, pelo Despacho de 19 de março, obrigou os médicos recém-licenciados a trabalharem fora dos grandes centros urbanos, criando a oportunidade de melhorar a assistência médica nos centros de saúde da periferia¹⁸.

Na sequência destas medidas, o Decreto Regulamentar nº 12/77, de 7 de fevereiro (Suplemento), criou as regras de funcionamento dos serviços médico-sociais da previdência, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde. Mais tarde, pelo Dec.Lei nº 254/82, de 29 de junho, foram criadas as administrações regionais de saúde, de âmbito distrital, com a incumbência de executar a política de saúde, registar dados e fazer análise epidemiológica, fazer inspeções e controlar o exercício profissional, planear e avaliar a prestação de serviços e atividades de saúde, formar e investigar no campo da saúde e celebrar convénios de âmbito distrital com entidades não integradas no SNS¹. Esta legislação foi

entretanto revogada tendo sido criadas, pelo Estatuto do SNS, as novas administrações regionais de saúde, com um âmbito regional, mais alargado e regulamentadas pelo Dec. Lei nº 335/93, de 29 de setembro, sendo cinco as atuais regiões de saúde do continente português: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve.

Os centros de saúde (CS) de “segunda geração” ou integrados, foram estruturados segundo o Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de abril – Regulamento dos centros de saúde¹⁶. Definia o CS como “*unidade integrada, polivalente e dinâmica prestadora de cuidados primários, que visava a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade*”.

Assim, em 1983 foram criados os chamados “centros de saúde integrados”¹⁶, resultantes da simples mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares pré-existentes (centros de saúde, postos dos serviços médico-sociais e hospitais concelhios). Esta segunda geração de CS herdou das anteriores estruturas todos os recursos e património físico e humano, assim como duas culturas organizacionais distintas. O único elemento novo introduzido neste modelo foi a carreira médica de clínica geral¹⁶.

A nível central, este processo de fusão de duas linhas de serviços conduziu à criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários¹. A variação de atitudes e práticas organizacionais nos diversos centros, evidenciada na descrição de experiências e em questionários diversos, refletia as influências, de peso variável, das instituições pré-existentes e da fragilidade da gestão, apoio e acompanhamento deste processo de mudança¹⁹. Na prática, de um modo geral, este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na otimização de recursos, mas não conseguiu melhorar com consistência algumas das virtudes dos componentes anteriores, nomeadamente: a) A grande acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias oferecida pelos serviços médico-sociais; b) A programação com objetivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados que caracterizavam as atividades dos centros de saúde, com sucessos objetivados em diversas áreas, nomeadamente na área materno-infantil²⁰. A organização das consultas foi feita de modo vertical segundo os vários programas de saúde: consulta de saúde materna, saúde infantil, saúde do adolescente, planeamento familiar, saúde do adulto e saúde do idoso. O modelo organizativo dos centros de saúde de “segunda geração” permitiu a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mas logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades²¹. “*A prazo, este modelo organizativo, somado ao normativismo e tutela centralista distante das sub-regiões e administrações regionais de saúde, contribuiu para a insatisfação, exaustão e desmotivação de muitos dos seus profissionais de saúde*”¹⁶.

O debate sobre a reorganização e reorientação dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal tem acompanhado a evolução destas duas gerações de centros de saúde (CS). As críticas, sugestões de mudança e propostas alternativas ao modelo organizativo e gestor dos “centros de saúde integrados” datam do próprio ano da sua criação, isto é 1983, e têm evoluído desde então com base na experiência vivida e no estudo de experiências equivalentes noutros países¹⁶.

Entre 1989-1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral conduziu uma série de debates e consultas aos associados, nos quais o autor desta tese participou, que deram origem a um conjunto de ideias e de propostas, reunidas pela direção nacional, no então designado “*Livro Azul*”, que compilou as principais tendências nacionais e internacionais para o desenvolvimento dos CSP em Portugal²². O “*Livro Azul*” destaca como aspetos essenciais que deveriam ser melhorados: o perfil profissional, o regime de trabalho, o sistema retributivo e as condições de atendimento²³.

Em 1996, foram iniciados projetos e iniciativas experimentais de inovação organizativa, visando explorar outros caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos. O “*Projeto Alfa*” foi um exemplo, que surgiu na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para desconcentrar o esquema do SNS e estimular as ideias e iniciativas dos profissionais para que aproveitassem melhor a capacidade e meios instalados nos CS. Em março de 1996, a equipa dirigente da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo lançou o desafio aos médicos de família do SNS e aos outros profissionais dos CS no sentido de “*se assumirem, em pequenos grupos, como os principais responsáveis pela organização e prestação de cuidados de saúde primários no âmbito do SNS, garantindo mais satisfação a todas as partes envolvidas*”²⁴. Foi dada “*autorização*” à criatividade, à ousadia e à tenacidade de pequenos grupos de profissionais, permitindo-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa multiprofissional²⁵. O edifício hierárquico e burocrático do SNS resistiu a esta primeira incursão, mas não conseguiu impedir que 15 grupos tivessem iniciado as suas experiências. Ainda hoje se mantem em atividade a maioria destes grupos. Os projetos foram amplamente avaliados, quer internamente, quer por entidades externas, e foram tema para trabalhos e dissertações académicas^{3,16,24}.

A avaliação do “*Projeto Alfa*” apontou para a necessidade de estudar formas retributivas mais justas, isto é, que permitissem recompensar os que mais e melhor trabalham. Este facto forneceu argumentação técnica e política para ensaiar novas formas remuneratórias nos centros de saúde. O “*regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral*” foi aprovado pelo Dec-Lei nº 117/1998, de 5 de maio, consagrando, em diploma legal, alterações na organização do trabalho semelhantes às do “*Projeto Alfa*”, introduzindo uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade de trabalho e qualidade de desempenho profissional e rompendo com o modelo salarial tradicional da função pública.

Paralelamente, foi lançado o debate sobre a descentralização da gestão das sub-regiões de saúde para os centros de saúde (CS), combinada com a reorganização interna dos CS, associando a autonomia à responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e dos objetivos comuns¹⁶.

Em 1997 e 1999, foram criadas as agências de acompanhamento e de contratualização, formalizando a separação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde, uma por cada região de saúde (agências de acompanhamento dos serviços de saúde, Decreto Normativo nº 46/1997, de 8 de agosto; agências de contratualização dos serviços de saúde, Despacho Normativo nº 61/1999, de 12 de novembro). No ano de 1998 iniciaram-se as discussões dos contratos-programa dos hospitais e no ano seguinte começou o mesmo processo para os centros de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo³.

Em 1999, foi aprovada pelo governo socialista a legislação sobre os CS de “terceira geração” (Dec-Lei nº 157/1999, de 10 de maio) com autonomia e hierarquia técnica que organizava a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares¹⁶. No entanto, esta legislação não chegou a ser implementada e veio mesmo a ser alterada, pelo governo social-democrata seguinte, através do Dec-Lei nº 39/2002, de 26 de fevereiro que, por sua vez, através do Dec-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, criou a “Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários”. Esta Rede também não chegou a ser implementada e, quando se voltou a formar um governo socialista, foi revogada pelo Dec-Lei nº 88/2005, de 3 de junho, que ripristinou o Dec-Lei nº 157/99. Assim, por força do Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, os CS regulados pelo Dec-Lei nº 157/99, de 10 de maio, alterado pelo Dec-Lei nº 39/2002, de 26 de fevereiro, e ripristinado pelo Dec-Lei nº 88/2005, de 3 de junho, deixaram de estar sujeitos a esse diploma a partir de 1 de março de 2009, momento em que foram integrados nos agrupamentos de centros de saúde (ACeS), através da Portaria nº 274/2009, de 18 de março.

As unidades de saúde familiar (USF), previstas no Dec-Lei nº 157/99, de 10 de maio, e criadas pelo Dec-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, visam a modernização organizativa e técnico-científica dos cuidados de saúde primários (CSP) nas instituições públicas do SNS. As USF quebram “a prática a ‘solo’, que é psicologicamente perigosa para o médico de família e pode ser perigosa para os pacientes”²⁶. As USF enquanto modalidade de organização do trabalho em CSP estão em consonância com as tendências internacionais de redução acelerada da “solo practice” (prática profissional individual), substituindo-a pelas “group practices”^{16,27}.

A prática médica isolada tem, cada vez mais, inconvenientes e perigos sérios. A vivência científica e uma razoável atualização de conhecimentos requerem uma cultura de grupo, com discussão regular das situações dos pacientes, com a análise interpares de práticas e procedimentos¹⁶. A organização das consultas deve ser feita de modo horizontal, estabelecendo cada equipa as suas regras através do regulamento interno da unidade. Garantindo a acessibilidade a consulta de agudos (não programada) e a consultas programadas ao longo de todo o horário de abertura.

As unidades de cuidados na comunidade (UCC), criadas pelo Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, e regulamentadas pelo Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, são, talvez, a novidade mais visível da reorganização dos cuidados de saúde primários (CSP). Enquanto as USF visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa, as UCC são uma inovação estrutural que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos CSP junto das populações.

Um dos problemas da “segunda geração” de centros de saúde (CS) foi a tendência para se virarem sobre si próprios, encerrando-se nas suas paredes. Esta tendência teve causas diversas, a começar pela própria estrutura organizativa, com uma lógica de segmentação profissional. É verdade que sempre houve CS com projetos e intervenção sistemática na comunidade. Mas, infelizmente, não constituíram a regra e fizeram-no à custa de muito voluntarismo e carolice de um número restrito de profissionais¹⁶.

A reorganização estrutural prevista no Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos CSP, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar. As unidades operativas propostas podem facilitar, consolidar e generalizar as boas experiências e as melhores práticas que já acontecem no terreno, apesar dos obstáculos e das dificuldades estruturais e financeiras. Estão também na linha das tendências verificáveis nos cuidados de saúde primários dos países desenvolvidos¹⁶.

Exemplo disso são as USF e as UCC que combinam duas abordagens complementares: uma privilegia a liberdade de escolha do médico, mas pode levar a grande dispersão geográfica; a outra intervém de forma sistemática e continuada por pequenas áreas geográficas. As UCC são, assim, como que os “braços” pró-ativos do CS junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade. Identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no agrupamento de centros de saúde (ACeS) e no sistema de saúde¹⁶.

As unidades de saúde pública (USP) permitem cumprir a vocação populacional e de preocupação com a saúde coletiva. São o elo de ligação e de entrosamento dos ACeS com a restante rede infraestrutural da saúde pública, que está a ser estruturada por círculos de âmbito local, regional, nacional e internacional¹⁶.

As restantes unidades funcionais previstas no Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, visam completar a funcionalidade e capacidade de resposta dos ACeS em relação às necessidades da população. Todas as unidades são multiprofissionais, onde predomina ou os conhecimentos e práticas de medicina geral e familiar (MGF), caso das USF e das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP); ou os conhecimentos e práticas de enfermagem comunitária e de família, caso das UCC; ou da teoria e práticas de saúde pública nas suas diversas vertentes e competências profissionais. O que está em causa é servir os cidadãos e a comunidade e não afirmar protagonismos de grupos profissionais¹⁶.

Um dos desafios à imaginação, criatividade e capacidade de organização dos profissionais é o de encontrarem modalidades de entrosamento e cooperação entre as várias unidades funcionais. Por exemplo: como articular eficazmente o trabalho das USF e das UCSP com o das UCC?

É absurdo pretender que alguém escreva normas sobre o que deve acontecer em realidades que variam de local para local e no mesmo local, consoante o momento e os recursos disponíveis. A lógica dos serviços estanques tem de dar lugar a modalidades de trabalho orientadas para as necessidades dos cidadãos e para servir a população. Esta é uma área para intenso estudo, debate, experimentação, avaliação e divulgação de ideias, experiências e resultados obtidos no terreno. Tudo isto pressupõe um processo de mudança progressiva e coerente, com informação, debate e envolvimento alargados e rigorosos dos profissionais¹⁶.

Desde a promoção da saúde até à emergência médica, passando pelos aspetos relacionados com a prevenção da doença, a abordagem da doença crónica e os cuidados na doença aguda não emergente, a saúde é uma responsabilidade partilhada por diversos atores sociais, a maioria dos quais exteriores ao chamado setor da saúde¹⁶.

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) pressupõe uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos. Há profissionais que se adaptam e trabalham bem como trabalhadores dependentes. Porém há outros que se realizam e produzem melhor como empreendedores. O sistema de saúde português, que é universal, deve poder contar com o melhor de todos os setores. Pelo que a possibilidade que o modelo C das USF oferece (Despacho nº 24101/2007, de 22 de outubro), modelo experimental, a regular por diploma próprio, e que abrange os setores social, cooperativo e privado, articulados com o ACeS, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a respetiva ARS, através do departamento de contratualização, e sujeito a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos, pode ampliar a possibilidade de escolha dos cidadãos, introduzir um elemento concorrencial regulado entre os prestadores do SNS e complementar a capacidade de oferta dos serviços com propriedade pública.

Considera-se ter chegado o momento *“de reunir esforços e lançar a terceira vaga dos cuidados de saúde primários: aquela na qual os médicos de família arriscam ser profissionais independentes, estabelecendo com o Estado um contrato de prestação de serviços, enquadrado concetualmente pela medicina geral e familiar”*²⁸.

A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e ação. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar bem as capacidades e as potencialidades humanas existentes. Está em causa a criação de um dispositivo de gestão com autonomia e responsabilização, cujo cenário de aplicação e desenvolvimento se caracteriza por:

- a) Uma estrutura descentralizada, baseada numa rede de equipas multiprofissionais, na linha da frente, instituindo estas equipas como princípio estrutural permanente dos agrupamentos de centros de saúde e não como modalidade *ad hoc*¹⁶;
- b) Uma hierarquia técnica, cuja missão essencial é a de harmonizar a intervenção das diversas equipas e desenvolver dinâmicas de melhoria contínua da qualidade¹⁶;
- c) Uma equipa de gestão, de apoio ao trabalho das equipas e de coordenação e coesão institucional¹⁶.

Este cenário está claramente em contracorrente em relação à cultura burocrática centralista de comando e controlo enraizada desde há muitos anos. É um desafio que requer uma intensa e persistente dinâmica de formação, experimentação, avaliações continuadas e ajustes no terreno. Além disso, a experiência já demonstrou que a mudança organizacional nos cuidados de saúde primários não pode ser implementada por via normativa *“clássica”*¹⁶.

3.3. AS CONSULTAS

As consultas de cuidados de saúde primários (CSP) são o principal âmbito a partir do qual se produzirá a integração das atividades de promoção, de prevenção, assistenciais, curativas, de reabilitação e reinserção social a desenvolver no centro de saúde²⁹. As equipas de CSP assumem estas atuações globalmente e os diferentes profissionais que as integram poem-nas em prática, baseando-se numa divisão funcional do trabalho que tem em conta as diferentes aptidões, atitudes e disponibilidades.

As unidades prestadoras de cuidados (USF e UCSP) devem organizar-se de modo a prestar os melhores cuidados de saúde aos seus utentes. Na generalidade, podemos dizer que os utentes têm 3 tipos de necessidades:

1 – Consulta prevista e gerada pelos profissionais:

- a) Consulta programada, dirigida a grupos vulneráveis, de risco ou outros, de que são exemplo as consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil, Diabetes e Hipertensão.
- b) Consulta programada, para acompanhamento de doentes crónicos ou seguimento de situações de doença aguda, convalescença ou outra situação, no âmbito da Medicina Geral e Familiar.

2 – Consulta gerada pelos utentes:

- a) *Não Urgente*: proporcionar uma consulta programada, com marcação até, no máximo, cinco dias úteis.
- b) *Urgente*: efetuar uma consulta no horário destinado a consulta aberta ou em consulta urgente/emergente – consulta não programada.

3 – Problema passível de ser resolvido de forma indireta:

Habitualmente enquadrado no horário previsto para o efeito com a designação de “*contactos indiretos*” ou similar: renovação de medicação crónica, emissão de pedidos de EAD, relatórios, cartas de referência ou orientação ou conselhos por telefone, apenas a título de exemplo.

Consulta Aberta

Iniciativa do utente, ou seu familiar, ou do profissional de saúde, quando este identifica, após triagem da situação, que o problema tem critérios para ser encaminhado para a Consulta Aberta.

Grau de urgência elevado, problema que necessita de ser avaliado no próprio dia, ou que não pode esperar por uma consulta programada.

Objetivo: Tratamento e outros, mas não devem ser atos burocráticos.

Local: Consultório.

Tempo: 10 minutos (6 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Utente e profissional de saúde.

Consulta Programada de Medicina Geral e Familiar

Iniciativa do utente ou de profissional de saúde.

Sem grau de urgência.

Objetivo: Vários. *Inclui:* Saúde de adultos, saúde infantil em situação de doença aguda, relatórios, certificado de incapacidade temporária (CIT). *Exclui:* Consultas de diabetes e hipertensão, plano oncológico (rastreios), planeamento familiar, saúde materna, vigilância de saúde infantil.

Local: Consultório.

Tempo: 20 minutos (3 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Utente e profissional de saúde.

Consulta Programada de Planeamento Familiar

Iniciativa do profissional de saúde ou de mulher em idade fértil.

Sem grau de urgência, exceto para fornecimento de contraceção de emergência.

Objetivo: Vigilância de planeamento familiar e rastreio do cancro do colo útero.

Local: Consultório ou sala de saúde da mulher.

Tempo: 20 minutos (3 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Profissional de saúde (marcação proactiva).

Consulta Programada de Saúde Materna

Iniciativa do profissional de saúde ou de mulher grávida.

Sem grau de urgência.

Objetivo: Vigilância, seguimento e prevenção em saúde materna e revisão do puerpério.

Local: Consultório.

Tempo: 30 minutos (2 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Profissional de saúde (marcação proactiva).

Consulta Programada de Saúde Infantil

Iniciativa do profissional de saúde ou dos pais de criança e jovem (0-18 anos).
Sem grau de urgência.

Objetivo: *Inclui:* Vigilância de saúde infantil (1.^a consulta, 1.º mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18-23 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5-6 anos, 8 anos, 11-13 anos e 15 anos). *Exclui:* Doença aguda.

Local: Consultório ou sala de saúde infantil.

Tempo: 20 minutos (3 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Profissional de saúde (marcação proactiva nas crianças com menos de 1 ano de idade).

Consulta Programada de Diabetes

Iniciativa do profissional de saúde ou utente diabético.
Sem grau de urgência.

Objetivo: Vigilância, seguimento, prevenção e reabilitação de doentes diabéticos.

Local: Consultório.

Tempo: 20 minutos (3 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Profissional de saúde (marcação proactiva).

Consulta Programada de Hipertensão

Iniciativa do profissional de saúde ou utente hipertenso, identificado, estabilizado e não diabético.

Sem grau de urgência.

Objetivo: Vigilância, seguimento, prevenção e reabilitação de doentes hipertensos.

Local: Consultório.

Tempo: 15 minutos (4 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Profissional de saúde (marcação proactiva).

Outra Consulta Programada de Vigilância

Iniciativa do médico.

Sem grau de urgência.

Objetivo: Vigilância e gestão de problemas agudos ou crónicos (por exemplo: asma, dpoc, depressão, gonartrose). *Exclui:* CITs e problemas de outros tipos de consulta.

Local: Consultório.

Tempo: 20 minutos (3 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Profissional de saúde.

Consulta Urgente/Emergente

Iniciativa do utente.

Grau de urgência muito elevado, o problema necessita de ser avaliado naquele momento, até estabilização da situação e orientação.

Objetivo: Tratamento e orientação.

Local: Consultório ou sala de urgência.

Tempo: A duração necessária dentro do horário de funcionamento da Unidade.

Decisão de marcação: Utente e profissional de saúde.

Consulta no Domicílio

Iniciativa do utente, ou seu familiar, ou do profissional de saúde.

Grau de urgência variável, mas maioritariamente baixo.

Objetivo: Vigilância, seguimento, prevenção, tratamento, orientação e reabilitação.

Local: Domicílio do utente.

Tempo: 60 minutos.

Decisão de marcação: Utente e profissional de saúde.

Consulta Não Presencial

Iniciativa do utente.

Sem grau de urgência ou muito baixo.

Objetivo: Vigilância, seguimento, prevenção, reabilitação, renovação de receituário.

Local: Unidade.

Tempo: Resposta em três dias úteis.

Decisão de marcação: Utente e profissional de saúde (sempre que este identifique que a solicitação pode ser resolvida de uma forma não presencial).

Consulta de Intersubstituição

Iniciativa do utente.

Grau de urgência médio.

Objetivo: Tratamento e orientações de situações agudas, na ausência do Médico de Família (ou no caso em que seja necessário o atendimento de utentes de outros médicos em número excessivo).

Local: Consultório.

Tempo: 10 minutos (6 atendimentos por hora).

Decisão de marcação: Utente e profissional de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes DS, Dias JL. O Serviço Nacional de Saúde. Descrição Sumária do seu Desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1987.
2. Ferreira C. Administração da saúde em Portugal. Apontamentos para análise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1986; 4(1/2): 135-158.
3. Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. 2ª edição revista e atualizada. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
4. INA. Projeto de avaliação de unidades de saúde (PAUS). Instituto Nacional de Administração. 2002. (não publicado).
5. Simões JA. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. *Ação Médica*. 2008; 72(2): 95-106.
6. Lopes OG. Planeamento em saúde. Para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1987; 23: 99-114.
7. Campos AC. Saúde o custo de um valor sem preço. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.
8. Rego G, Nunes R. Modelos de gestão hospitalar. In: *Novos desafios na gestão: Inovação ou renovação*. Volume V. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2002.
9. Rego G, Nunes R, Costa, JS. The challenge of corporatisation. The experience of Portuguese public hospitals. *The European Journal of Health Economics*. 2010; 11(4): 367-381.
10. Rego G. Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde. Porto: Vida Económica; 2008.
11. Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G. – *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill; 2002. p. ix-xx.
12. Zurro AM, Pérez JFC. Cuidados de saúde primários. In: Zurro AM, Pérez JFC. (editor). *Manual de cuidados primários. Organização e protocolos de atuação na consulta*. Lisboa: Farmapress edições; 1991. p. 3-11.
13. Rosen G. Public health: Then and now. The first neighborhood health center movement – Its rise and fall. *American Journal of Public Health*. 1971; 61(8): 1620-1637.
14. Ferrinho P, Wilson TD. Alexandra health centre and university clinic - a model for urban primary health care. *South African Medical Journal*. 1991; 80: 368-369.
15. Campos AC. Cuidados primários e economia da saúde: Uma aliança de mútuo interesse. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1983; 2: 21-30.
16. Branco A, Ramos V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 5-12.
17. Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; volume temático 2: 63-74.
18. Remoaldo P. Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século XXI. *Cuadernos Geográficos*. 2005; 36: 553-561.
19. Sakellarides CT. Centros de saúde integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1984; 1(1): 12-15.
20. Sakellarides CT, Oliveira LL, Albuquerque MJB, Costa IMA, Rêgo MGS. O serviço de cuidados de saúde primários - centro de saúde: Princípios gerais e reflexões sobre uma experiência. (Cadernos de Saúde; 1). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1979.
21. Ramos V. O que deveria ser melhorado nos serviços públicos de saúde? Estudo de opinião, de base populacional, na freguesia do Lumiar (Lisboa). *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. 1994-1995; 20-21: 5-14.

22. APMCG – Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1991.
23. Nogueira R. Lições recolhidas com o regime remuneratório experimental. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 174-183.
24. Pereira ML. Processos de mudança e dinâmica de equipa em medicina familiar: a experiência Fernão Ferro Mais. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 163-173.
25. Alves RM, Maria VJ, Miranda JA, Portugal R, Rebelo L. Unidade de medicina geral e familiar Omega: medicina centrada na pessoa. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Portugal. 2000; 16(5): 394-404.
26. Ramos V. Unidades de saúde familiar - Continuidade de um processo! Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005; 23(2): 3-4
27. Ramos V. Medicina geral e familiar: 10x3 ideias-chave. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da vontade. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 71-121.
28. Sá, AB. A terceira vaga (extratos da conferência de abertura das IV Jornadas do Centro de Saúde de Sete Rios). Médico de Família. 2003; III Série(55) 15 de Dezembro: 16-17.
29. Recasens MH, Zurro AM. Organização funcional das consultas de cuidados de saúde primários. In: Zurro AM, Pérez JFC. (editor). Manual de cuidados primários. Organização e protocolos de atuação na consulta. Lisboa: Farmapress edições; 1991. p. 197-208.

4. OS PROFISSIONAIS NUCLEARES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O núcleo básico da equipa de cuidados de saúde primários é constituído pelos profissionais imprescindíveis para o desenvolvimento das funções essenciais nos domínios da promoção da saúde, prevenção e cuidados assistenciais, e sem os quais é impossível falar de uma verdadeira equipa de saúde. Sem dúvida que os médicos e os enfermeiros de família constituem esses elementos básicos, associados aos técnicos de serviço social¹.

4.1. O MÉDICO DE FAMÍLIA

Em 1978, o segundo governo constitucional da República Portuguesa decidiu universalizar o acesso à saúde a todos os portugueses, fossem ou não trabalhadores por conta de outrem e beneficiários da segurança social. Qualquer cidadão português passava assim a poder ser assistido de forma universal e gratuita nos postos dos então chamados serviços médico-sociais da previdência².

É neste contexto que surge pela primeira vez em Portugal a necessidade de um novo tipo de médico que, à semelhança do que já acontecia noutros países, tal como os Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido, Canadá, Holanda, Dinamarca e Noruega, assumisse os cuidados aos cidadãos numa perspetiva personalizada³. Foram vários os que nessa época defenderam a estruturação de uma nova carreira médica com a definição de um novo perfil profissional. Em 1979, tiveram lugar ações de consultadoria e seminários, com a participação de clínicos gerais do *Royal College of General Practitioners* do Reino Unido, do Instituto de Clínica Geral da Universidade de Oslo e de instituições congéneres holandesas. Um desses seminários teve lugar em Lisboa, na Escola Nacional de Saúde Pública, de 16 a 20 de abril de 1979, sobre “*O papel do clínico geral em cuidados de saúde primários*”⁴. O relatório final seria designado por “*Relatório Horder*”^{5,6} e constituiu um marco no lançamento da clínica geral em Portugal.

Nele eram sugeridos os seguintes princípios^{5,6}:

1. Os cuidados de saúde em Portugal deviam estar ao alcance de todos, ser capazes de responder às necessidades da população, conciliar prevenção com tratamento e cura, ser assegurados por uma equipa que incluísse sempre médicos de clínica geral e enfermeiros de saúde pública. Conforme o tamanho da comunidade, a equipa podia integrar um médico de saúde pública e, às vezes, um pediatra^{5,6}.

2. Os médicos de clínica geral deviam ser formados para oferecerem um tratamento mais amplo e não apenas restrito a um sistema orgânico, uma técnica ou grupo etário; devem ser acessíveis como primeiro contacto, se necessário no domicílio do doente e garantindo continuidade de cuidados^{5,6}.
3. Estes médicos deveriam assumir responsabilidade por uma comunidade definida e a sua formação deveria incluir medicina preventiva e saúde ambiental. Deveriam ser pagos por salário. Para atrair os melhores estudantes de medicina, era fundamental que a remuneração não fosse inferior à dos especialistas hospitalares^{5,6}.

Ainda em 1979, o Ministério dos Assuntos Sociais publica o documento “*A Carreira Médica nos Serviços Públicos de Saúde: 1. O médico de clínica geral. 2. O médico de saúde pública*” e o Dec-Lei nº 519-N1/1979, de 29 de dezembro, que cria a clínica geral como ramo da carreira médica. Neste diploma, era definido o respetivo perfil profissional e atribuições⁷. Mas, veio a ser revogado pelo Dec-Lei nº 81/1980, de 19 de abril, e foi a Portaria nº 444-A/80, de 28 de julho, que instituiu e regulamentou “*uma nova modalidade do exercício da medicina – carreira de generalista – consagrada ao exercício das funções da clínica geral*” e, em 1981, tem início o internato da especialidade de generalista (Portaria nº 357/1980, de 28 de junho).

Em 1982, é publicado o decreto-lei que regulamenta as carreiras médicas (Dec-Lei nº 310/82, de 3 de agosto), no qual o perfil profissional do médico de clínica geral é definido de uma forma que se aproxima muito do que defendiam alguns médicos, organizados no embrião do que viria a ser a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), nascida em 1983⁸. O referido decreto prevê a criação de Institutos que “*proponham programas e desenvolvam sistematicamente ações de formação e atualização*” quer para os internos, quer para os médicos que pretendam seguir a nova carreira, sendo então criados três Institutos de Clínica Geral, um em cada zona do país: norte, centro e sul^{7,9}.

Nos novos centros de saúde (CS), nascidos da integração dos antigos postos dos serviços médico-sociais nos CS, criados em 1971, são colocados num curto espaço de tempo vários milhares de clínicos gerais. A maioria inicia as suas funções sem ter tido qualquer processo de formação de acordo com o perfil definido no Dec-Lei nº 310/1982, de 3 de agosto. Houve, contudo, um grupo de médicos que iniciou um processo de formação que era já um esboço de uma formação complementar específica em clínica geral – o internato complementar de generalista.

Portanto, em 1982, foi criada a carreira médica de clínica geral pelo Dec-Lei nº 310/1982, de 3 de agosto – diploma das carreiras médicas; foi constituído o colégio da especialidade de clínica geral (mais tarde medicina geral e familiar) da Ordem dos Médicos e, em 1983, foi fundada a APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, que se transformou ao longo de 30 anos na maior associação médica de inscrição não obrigatória, tendo como sócios fundadores, entre outros, António Branco, Maria Madalena Mourão, Maria José Tovar, Vítor Serra, Vítor Ramos, Zaida Azeredo, Joaquim Saraiva⁴. As primeiras eleições ocorreram a 14 de janeiro de 1984, tendo sido eleito o Prof. Doutor Nuno Grande como presidente da assembleia geral, o Dr. Joaquim

Saraiva como presidente do conselho fiscal e o Dr. Mário Moura como presidente da direção nacional¹⁰.

Em 1984, teve lugar em Évora o “*Encontro Internacional de Clínica Geral*”, organizado pela APMCG, com a colaboração ativa de figuras de relevo da clínica geral europeia^{4,6,7,9}. Nesse mesmo ano, a APMCG faz publicar o primeiro número da “*Revista Portuguesa de Clínica Geral*”, um espaço de reflexão, formação e investigação, ainda hoje de referência no âmbito nacional e internacional^{4,10,11}.

O perfil profissional do clínico geral, ou médico de família (MF), e a especialidade, em Portugal designada por medicina geral e familiar (MGF), estão largamente definidos em documentos oficiais publicados no nosso país, como o Dec-Lei nº 310/1982, de 3 de agosto e o Dec-Lei nº 70/1990, de 6 de março, em documentos da APMCG⁸ e do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos^{12,13}. E, têm sido igualmente descritos e propostos por diversas organizações internacionais, tais como o grupo Leeuwenhorst¹⁴, a *World Organization of Family Doctors* (WONCA)^{15,16}, (WONCA-Europa)¹⁷ e a *European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT)¹⁸.

A medicina geral e familiar (MGF) é, antes de tudo, uma “*medicina da pessoa*”. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural^{19,20}.

A “*família*” continua a ser um contexto fundamental a ter em conta na compreensão dos fenómenos de saúde e doença de cada indivíduo, o adoecer na família, a família face à doença, a família como geradora ou modeladora dos fenómenos de doença, a família doente, etc. Nessa perspetiva, a medicina geral continua-se e aprofunda-se na “*medicina familiar*”^{13,20,21,22,23}.

Uma vez que os indivíduos e as famílias se inserem num sistema social mais vasto, é importante perceber as influências do meio envolvente numa perspetiva comunitária. O sistema de saúde deve orientar-se pelos problemas e pelas necessidades de saúde das comunidades locais, regionais e nacional. Isto implica a definição correta dos objetivos de saúde a atingir²⁰.

Evidencia-se, deste modo, que esta especialidade aborda a “*pessoa*” enquadrada numa “*família*” e vivendo numa “*comunidade*”. O perfil profissional e técnico-científico do médico de família (MF) deve ser definido de forma a que ele possa ser o médico a quem a pessoa recorre em primeiro lugar. Assim, o MF deve ser sempre o médico de primeiro contacto, pelo que quando alguém se sente doente ou quer cuidados da saúde deve sempre tentar falar primeiro com o seu médico^{20,24}.

Um dos fundamentos da MGF é a liberdade de escolha do médico por parte dos indivíduos e/ou das famílias, infelizmente nem sempre respeitada no nosso sistema de saúde. Para que possa ser criada e mantida uma boa relação médico-paciente é fundamental que cada cidadão possa escolher livremente o médico com quem irá estabelecer uma ligação duradoura. O cidadão deverá sentir que escolheu o seu médico, tenha sido por acaso ou porque soube que era competente e, apesar de poder realmente mudar para outro, não

o quer fazer. A escolha do mesmo médico pelos restantes elementos da família deverá surgir naturalmente, poderá mesmo ser recomendada, mas nunca forçada por qualquer decisão burocrático-administrativa ou coação psicológica^{25,26}.

A existência de listas nominais de pacientes, que é uma particularidade de certos sistemas de saúde e de organização dos cuidados de saúde primários, é o modelo adotado em Portugal. Este sistema ao atribuir uma parcela da população a um médico de família (MF) facilita a gestão dos cuidados longitudinais, como a programação de atividades de promoção de saúde, cuidados antecipatórios de prevenção e cuidados assistências, permite ainda ao paciente conhecer o seu MF e a este conhecer os cidadãos sob a sua responsabilidade^{25,26}.

Outros princípios essenciais da MGF são a universalidade e a equidade. Todos os cidadãos, independentemente das suas condições ou características, devem ter acesso aos cuidados de saúde de que necessitam, seja qual for a forma de financiamento do sistema e o modelo de organização da prestação de cuidados^{20,25}.

A MGF deve basear a sua atuação numa perspetiva de promoção da saúde e de prevenção da doença. Ambas visam a elevação dos níveis de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades através de uma intervenção mais ativa de educação para a saúde, papel que cabe a toda a sociedade, mas que pode e deve ser desenvolvido a nível individual ou coletivo pelos diversos profissionais de saúde, entre eles os MF.

O médico de família:

1. É um profissional com habilitação específica para prestar com independência e autonomia cuidados assistenciais a indivíduos e famílias. Os pacientes devem entender a ideia de competência técnico-científica pela percepção de que vão a este médico porque ele é capaz de resolver a maior parte dos seus problemas de saúde e resolvê-los bem²⁵;
2. Deve exercer a sua ação integrado numa perspetiva multidisciplinar de trabalho em equipa²⁵;
3. Orienta a sua atuação para a pessoa total, independentemente da idade ou sexo, e lida com todo o tipo de problemas de saúde – globalidade²⁶. Este conceito deve ser completado pelo conceito de amplitude, definido pelo espectro de cuidados prestados, pelo “*leque de oferta*”²⁵, bem como pelo limiar de referência e pela ligação a outros médicos e a outros profissionais de saúde²⁵;
4. Deve dominar um conjunto de métodos e técnicas de relação e comunicação médico-paciente e selecioná-los em face de cada situação e contexto; deve ser empático, saber ouvir o paciente, interessar-se pelos seus problemas e procurar perceber o que ele sente e tem²⁵;
5. Aborda situações de patologia crónica múltipla e/ou em que coexistem vários problemas de saúde de natureza diversificada²⁵. Com o envelhecimento da

população, as doenças crônicas mais frequentes na comunidade constituem, aliás, uma das áreas de atuação mais importantes e de magnitude tendencialmente crescente da atividade dos médicos de família em todo o mundo²⁷;

6. Utiliza, sempre que necessário, métodos e técnicas de avaliação familiar²⁵;
7. Atua na promoção da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação e reinserção na comunidade²⁵;
8. Deve preocupar-se em prestar aos seus pacientes os cuidados que estes necessitam com a maior brevidade possível, nas condições mais favoráveis, no consultório ou no domicílio do paciente, incluindo a prestação e organização de cuidados nas chamadas “horas incômodas”²⁵ – acessibilidade. Esta definição concetual de acessibilidade tem encontrado diversos obstáculos organizativos, funcionais e logísticos à sua plena concretização, decorrentes do enquadramento contratual da carreira médica de clínica geral, do sistema retributivo, dos hábitos e rotinas dos profissionais, do modelo funcional dos centros de saúde, das expectativas dos utentes e do deficiente funcionamento da equipa de saúde²⁵;
9. Deve oferecer aos seus pacientes continuidade de cuidados assistenciais, entendendo-se isto como o assumir da responsabilidade personalizada de cuidar do cidadão, que livremente o escolheu, ao longo do tempo e independentemente do problema de saúde que apresenta²⁵. Assim, um paciente deve poder dizer que: *“os meus cuidados de saúde melhoram porque consulto o mesmo médico sempre que é possível e, quando não é, sou atendido por um colega que trabalha de forma parecida e usa a mesma ficha clínica”*²⁵. A necessidade de referência a outro nível de cuidados ou a ausência temporária do médico não contrariam este princípio, que deve ser assegurado através de mecanismos de intersubstituição temporária. Em consequência da necessidade esporádica de fazer uma referência, nasce o conceito de coordenação de cuidados: *“quando é necessário, este médico é capaz de me enviar a outros médicos ou a outros profissionais e, depois, interessa-se pelo resultado e organiza a continuação dos tratamentos”*²⁵. Um outro conceito, o de longitudinalidade, que deve ser expresso pelo paciente como: *“já sou doente deste médico há vários anos e ele, melhor do que ninguém, sabe o que eu tenho; já passámos por muita coisa juntos”*²⁴. Além disso, este médico conhece bem o paciente e a sua família, percebe as suas necessidades e mantém toda a informação na ficha clínica, tendo assim um importante conhecimento acumulado²⁵;
10. Usa métodos de recolha, sistematização, anotação e utilização da informação clínica adequados à complexidade da sua prática profissional – sistema de informação²⁵;
11. Assegura uma gestão eficiente da sua prática clínica tendo em conta as necessidades de saúde dos seus pacientes²⁵.

A perseguição destes objetivos tem sido, ao longo dos últimos 30 anos, um processo longo e difícil. Mais do que descrever as definições concetuais dos atributos dos médicos de família, será interessante verificar até que ponto se conseguiu que isso se traduza, na prática, num exercício profissional de qualidade e, além disso, se os médicos de família conseguem responder às expectativas dos cidadãos. Se sim, um dos fatores importantes de sucesso da profissão estará assegurado²⁵.

O médico de família assume, deste modo, a essência e a responsabilidade das grandes relações inter-humanas. A resposta positiva pressupõe uma disponibilidade permanente, uma capacidade de aceitar o paciente como o ser mais vulnerável e merecedor de atenção. Assim, se se considerar a pessoa como alteridade²⁸, a medicina geral e familiar está no vértice de toda a conceção de pessoa, porque se ela ficar isolada, mergulhada na sua dor, essa pessoa deixa de o ser em toda a sua plenitude, num dos momentos essenciais da sua vida²⁶.

4.2. O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Numa visão internacional, decorrente das determinações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a região Europa, a área da saúde está em processo de mudança, o que traz novas perspectivas aos profissionais que até hoje têm conseguido, melhor ou pior, funcionar em cenários clássicos que, por razões e interesses diversos, se foram perpetuando²⁹.

A enfermagem não é exceção, antes pelo contrário, uma vez que lhe são colocados contextos e desafios que, a curto prazo, irão muito para além dos modelos tradicionais nos quais tem vindo a funcionar, quer ao nível da formação, quer ao nível dos diferentes locais de trabalho³⁰. Estes modelos têm-se mantido, algumas vezes porque essa realidade é imposta, outras porque a enfermagem em cuidados de saúde primários (CSP) tem tido alguma dificuldade em separar-se de um passado longo e das suas consequências na sua autoconstrução. Isto tem condicionado a sua forma de estar e de procurar formas inovadoras de desenvolver as suas potencialidades face aos atuais problemas de saúde e aos contextos em que se prestam cuidados³⁰.

A ideia de uma “*enfermagem de família*” centrada no trabalho com as famílias já vem de há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em CSP, mas recebeu novo impulso na Conferência Europeia de Munique³¹.

Em Portugal, a enfermagem é reconhecida como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos 30 anos. No entanto, como constata Jorge Simões³², dos cerca de 44.000 enfermeiros existentes em Portugal em 2005, só cerca de 16% exerciam funções nos CSP e apenas 12% eram enfermeiros com a especialidade de saúde pública/comunitária.

Em CSP a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se nas atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade³⁰.

A enfermagem de família é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade³⁰. Poder-se-á dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência, bem como o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazer. Resumindo, é “*trabalhar com as famílias*”³⁰ de forma a ajudá-las a desenvolver capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções.

A sua prática é de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias³⁰.

A atuação dos enfermeiros em cuidados de saúde primários situa-se assim em duas áreas distintas, a da saúde pública e a da saúde familiar, em parte por herança histórica, mas considerando também os problemas de saúde nacionais, as orientações políticas internacionais, nacionais e regionais, a formação e a evolução da profissão³⁰.

Reconhece-se que os enfermeiros detêm um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal. Isto devido às múltiplas oportunidades que têm de conhecer as famílias e os seus “*estilos de vida*”³⁰, durante o seu atendimento, assim como de conhecer os recursos da comunidade. Estas oportunidades conferem-lhes o papel de agentes facilitadores da mudança que se pretende efetuar³⁰.

Trabalham integrados em programas ou projetos no centro de saúde (CS), no domicílio ou em grupos institucionalizados da sua zona geográfica de atuação, sendo promotores ou participantes, a título individual e/ou de forma articulada, em grupos multidisciplinares e, por vezes, trans-setoriais, junto de pessoas, famílias e grupos da população³⁰.

Presentemente congregam esforços para adotarem internacionalmente uma linguagem profissional comum e uma classificação das suas práticas. Para isso estão a ser testados os fenómenos e as intervenções de enfermagem, pretendendo-se avançar para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Em Portugal está em curso o registo sistemático dos cuidados prestados no programa nacional de vacinação no programa SINUS, e em muitos locais o uso do programa SAPE, o módulo clínico de enfermagem³⁰.

Os enfermeiros em cuidados de saúde primários:

1. São responsáveis pela execução do Plano Nacional de Vacinação³⁰;
2. Partilham a responsabilidade epidemiológica com as autoridades de saúde, identificando precocemente “*novos casos*”, sobretudo os detetados em grupos comunitários³⁰;

3. Efetuam inquéritos epidemiológicos, contribuindo para o diagnóstico e controlo da situação sanitária do ponto de vista endémico e epidémico³⁰;
4. Efetuam vigilância de saúde a grupos vulneráveis, segundo padrões de comportamento ou problemas específicos ou com disfuncionalidades familiares e/ou sociais, em aspetos ligados à saúde materna, infantil e escolar, à adolescência e às doenças transmissíveis mais relevantes³⁰;
5. Estão próximos das famílias a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida³⁰;
6. Estão próximos dos emigrantes e imigrantes, dando apoio e orientação em questões de saúde³⁰;
7. São promotores ou respondem às solicitações do poder autárquico local ou de associações de bairro, bem como a iniciativas empresariais, no âmbito da saúde no trabalho³⁰;
8. Contribuem para a deteção precoce da doença através da realização de rastreios³⁰;
9. Trabalham em articulação, sobretudo com instituições governamentais, nas áreas da educação e da segurança social, mas também com associações na vigilância, acompanhamento e/ou execução do programa de tratamento instituído, de doenças infecciosas, oncológicas, mentais, entre outras³⁰;
10. Participam, integrados em movimentos sinérgicos trans-setoriais, em programas e projetos específicos, estabelecidos em rede ou em parceria³⁰.

A “*primeira geração*” de centros de saúde em Portugal estava orientada para a saúde pública e para a medicina preventiva, era organizada por valências e dava prioridade à saúde materno-infantil. A partir de 1983, a “*segunda geração*” de centros de saúde integra a “*primeira geração*” de centros de saúde com os postos dos ex-serviços médico-sociais e implementa a carreira médica de clínica geral. Estes centros são organizados por serviços e grupos profissionais.

No entanto, os problemas de saúde da comunidade e a evolução da prestação de cuidados de saúde exigem a reorganização das instituições e dos métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades das comunidades. Este sentido de mudança é enquadrado pelo Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que preconiza uma organização descentralizada.

A OMS vem reforçar esta ideia ao introduzir o conceito de enfermeiro de saúde familiar ou enfermeiro de família (EF), traçando os objetivos para este século, contando com o seu papel na equipa multidisciplinar²⁹.

Neste contexto, pretende-se que a enfermagem de saúde familiar se direcione para a comunidade e alcance as pessoas que apresentam dificuldades para procurarem a ajuda dos serviços de saúde. A sua inserção familiar exige uma intervenção de caráter domiciliário e a delimitação por áreas geográficas.

Assim sendo, deverão ser alvo dos cuidados da enfermagem de saúde familiar:

1. As famílias com disfunções familiares e/ou sociais que sejam identificadas como vulneráveis a problemas de saúde;
2. As famílias cujo ciclo de vida possa originar risco evolutivo, nomeadamente as grávidas e recém-nascidos;
3. As famílias que vivam crises disruptivas, designadamente por marcada dependência bio-psico-social, com doença crónica e/ou comportamental, e requeiram acompanhamento próximo, regular e continuado.

Deste modo, considerando as mudanças no perfil demográfico e nos indicadores de morbidade, a emergência das doenças crónicas que se traduzem em novas necessidades de saúde, e a natureza dos cuidados de enfermagem (resposta humana às situações de doença e aos processos de vida), implica que a lógica de referência para o enfermeiro de família (EF) seja a correspondente a um grupo de famílias por determinada área geográfica.

Como tal, a organização dos cuidados de enfermagem deverá ter por base as necessidades de cuidados das famílias, o que pressupõe assegurar a definição e permanente atualização do perfil epidemiológico de saúde da população utilizadora, na perspetiva de enfermagem, o que na assistência no domicílio assume papel relevante. O desenvolvimento da intervenção dos EF integra-se na resposta multiprofissional e multidisciplinar que a saúde exige enquanto fenómeno multifacetado e de grande complexidade, ou seja, o tipo de intervenção, o contexto em que se desenvolve e a organização do trabalho permitirá que os EF, enquanto membros da equipa prestadora de cuidados, se articulem com os restantes recursos existentes e procedam ao encaminhamento para outros profissionais sempre que a situação o exija. A enfermagem de família consiste em trabalhar com as famílias, ajudando-as a identificar problemas e a mobilizar os seus próprios recursos. Deste modo, o cuidar da família como unidade básica exige conhecer como esta cuida, identificando as suas dificuldades e forças, para que se possa ajudar a família a agir no sentido de atender às necessidades dos seus membros e alcançar um viver-ser-estar saudável. Assim, os enfermeiros devem:

1. Proceder à inclusão deliberada da família no planeamento e prestação de cuidados ao paciente³³;
2. Ter a capacidade de levar em consideração as necessidades da família como um todo, e não apenas as necessidades do paciente³³;
3. Reconhecer a importância das crises interpessoais e do seu impacto na saúde da família³³;

4. Dar ênfase ao estilo colaborativo, que respeita as forças da família e lhes dá apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados³³.

De acordo com a perspectiva que a família assume, há níveis de prática de enfermagem familiar que têm implicações nos processos de avaliação e intervenção familiar, a saber³⁴:

Nível I – Família como contexto:

- a) O objetivo é cuidar um membro da família como foco da intervenção promovendo o bem-estar individual³⁴;
- b) A família é entendida como recurso e fator de saúde/doença individual³⁴.

Nível II – Família como soma das suas partes:

- a) O objetivo é prestar cuidados à família na sua globalidade³⁴;
- b) O alvo é cada um e todos os membros da família³⁴.

Nível III – Subsistema familiar como cliente:

- a) O alvo é um dos subsistemas familiares³⁴;
- b) O enfermeiro trabalha com dois ou mais elementos da família com o objetivo de obter a compreensão e apoios mútuos³⁴.

Nível IV – Família como cliente:

- a) O alvo é a família como sistema interativo³⁴;
- b) O todo é maior do que a soma das suas partes³⁴;
- c) O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente³⁴.

O enfermeiro de família (EF) será então responsável por um grupo de famílias, combinando atividades de promoção da saúde e de prestação de cuidados, atuando no seio da família e da comunidade, em articulação com todos os setores. Este papel multifacetado e a proximidade das famílias colocam o enfermeiro em situação privilegiada para constituir a “*interface*” entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados.

Na sua Declaração de Munique (2000), a OMS³¹ exorta as autoridades da região europeia:

1. A garantirem a participação dos enfermeiros na tomada de decisão a todos os níveis do desenvolvimento e implantação das políticas de saúde³¹;
2. A criarem oportunidades para que enfermeiros e médicos estudem em conjunto a nível da formação inicial e de pós-graduação, para assegurarem maior cooperação e fomentarem o trabalho interdisciplinar³¹;
3. A procurarem oportunidades para estabelecerem e sustentarem programas e serviços de enfermagem centrados na família, incluindo quando apropriado a enfermagem de saúde familiar³¹;
4. A reforçarem o papel dos enfermeiros em saúde pública na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário³¹.

A Assembleia geral extraordinária da Ordem dos Enfermeiros aprovou, a 20 de novembro de 2010, o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro)³⁵, que no seu artigo 4.º estabelece as seguintes:

- a) Cuida da família como unidade de cuidados³⁴;
- b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária³⁴.

A reestruturação dos centros de saúde e o aparecimento das Unidades de Saúde Familiar (USF) criou as condições ideais para o surgimento do enfermeiro de família. Os cuidados são centrados não apenas na pessoa, como até então, mas também na família como refere a Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro ao mencionar que “a *Unidade de Saúde Familiar* é a *unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias*”.

As famílias estão sujeitas a “*fatores de stress (problemas) que afetam as linhas de defesa da família*”³⁴ e existem “*dinâmicas internas*”³⁴ que afetam a sua “*estrutura e funcionamento*”³⁴. Surge assim a necessidade do enfermeiro avaliar não apenas uma pessoa, mas sim toda a família para conseguir dar respostas aos eventuais problemas e estimular comportamentos de promoção de saúde.

É o que é feito, atualmente, ao envolver a família na planificação dos cuidados e na gestão da saúde, desenvolvendo estratégias de *coping* individuais e familiares de forma a potenciar a resolução de conflitos/problemas. É o que é feito na consulta de saúde materna quando se prepara o casal/família para a parentalidade. É o que é feito na consulta de saúde infantil no âmbito da parceria de cuidados. E, finalmente, é o que é feito no domicílio, com a informação/formação do cuidador.

No entanto, a partir das competências específicas enumeradas no Regulamento³⁴, a família merece a mesma atenção que um indivíduo. *“O foco dos cuidados de enfermagem são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente”*³⁴.

Acrescenta, ainda, que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar tem duas grandes competências³⁴:

- a) Cuida da família como unidade de cuidados³⁴, ou seja, considerando a família como unidade de cuidados promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento³⁴; e
- b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária³⁴, ou seja, considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente³⁴.

O enfermeiro de família constitui, assim, um elo de ligação fundamental entre as famílias e o sistema nacional de saúde, havendo uma maior acessibilidade e proximidade de cuidados, sendo o indivíduo responsável pela sua saúde, pelo que deve adotar comportamentos saudáveis, devendo ser apoiado e motivado.

No entanto, considera-se pertinente destacar, novamente, a Portaria n.º1368/2007 de 18 de outubro que aprova a carteira básica de serviços das USF. Como se pode verificar define a especialidade médica (medicina geral e familiar) mas não define a especialidade de enfermagem, estando implícito que podem integrar as USF tanto enfermeiros generalistas como enfermeiros das diversas especialidades.

Contudo, independentemente da categoria ou da especialidade de enfermagem, a referida Portaria estabelece as atividades e os cuidados que devem ser desempenhados numa USF, referindo que a equipa multiprofissional da USF (médicos e enfermeiros) é responsável pela:

- a) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida;
- b) Cuidados em situação de doença aguda;
- c) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica;
- d) Cuidados no domicílio;
- e) Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

Em síntese, o médico e o enfermeiro de família são os pilares de uma nova prestação de cuidados de saúde primários que hoje se desenrola em moldes organizativos radicalmente diferentes do passado. Por estes motivos é necessário perceber-se as complexas relações éticas que existem neste domínio dada a diversidade de atores existentes no setor da saúde. É fundamental a implementação imediata de uma verdadeira “*plataforma ética da saúde*”³⁶ para que os direitos dos doentes não sejam mais uma vez subordinados a interesses corporativos ou profissionais. É precisamente sobre esta dimensão ética que irá versar o próximo capítulo desta tese.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zurro AM, Ferrero XP, Bas CS. A equipa de cuidados de saúde primários. In: Zurro AM, Pérez JFC. (editor). Manual de cuidados primários. Organização e protocolos de actuação na consulta. Lisboa: Farmapress edições; 1991. p. 29-39.
2. Campos AC. Reformas da saúde - O fio condutor. Coimbra: Edições Almedia; 2008.
3. McWhinney IR. Manual de medicina familiar. Lisboa: Inforsalus; 1994.
4. Tavares JF. Os primeiros 10 anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa: APMCG; 1997.
5. Horder J. Relatório Horder. In: Tavares JF. Os primeiros 10 anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa: Departamento Editorial da APMCG; 1997. p. 165-176.
6. Horder J. Clínica geral/medicina familiar: Portugal e o mundo. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da vontade. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 15-47.
7. Jordão JG. A medicina geral e familiar académica e o desenvolvimento universitário da disciplina. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 68-77.
8. APMCG – Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1991.
9. Jordão JG. A Medicina geral e familiar: Caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado. Lisboa: Edição do autor; 1995.
10. Pisco LA. Êxitos e insucessos da medicina geral e familiar portuguesa ou o que conseguimos em 20 anos e o que falta conseguir. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 14-23.
11. Sá AB. A prática da investigação científica e a arte médica. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 185-191.
12. Ordem dos Médicos - Colégio de medicina geral e familiar. Um novo curriculum para uma nova especialidade. Lisboa: Ordem dos Médicos; 1995. p. 3-15.
13. Sá AB. Filosofia e prática da clínica geral: Consequências da sua especificidade. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 1995; 12: 47-53.
14. Leeuwenhorst - The general practitioner in Europe: A statement by the working group party appointed by the european conference on the teaching of general practice, Leeuwenhorst, Netherlands; 1974.
15. WONCA – World Organization of Family Doctors. O papel do médico de clínica geral/médico de família nos sistemas de saúde: Declaração da WONCA. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 1991; 8: 242-247.
16. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice - Time for a new definition. British Medical Journal. 2000; 320: 354-357.

17. WONCA – World Organization of Family Doctors – Europa. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar). Lisboa: APMCG; 2002.
18. EURACT – European Academy of Teachers in General Practice. A definição europeia de medicina geral e familiar. Versão Reduzida. Lisboa: ADSO; 2005.
19. Pinto AS. Medicina familiar: O modelo biopsicossocial. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1991; 8: 206-209.
20. Ramos V. Medicina geral e familiar: 10x3 ideias-chave. In: Alves MV, Ramos V. (editor). *Medicina geral e familiar: da vontade*. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 71-121.
21. Mendes E, Rebelo L. Medicina familiar - um movimento universal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1984; 1(4): 16-17.
22. Rebelo L. A dimensão família. In: Alves MV, Ramos V. (editor). *Medicina geral e familiar: da memória*. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 125-133.
23. Rebelo L. Família e cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2007; 23(3): 295-297.
24. Hespanhol AP, Ribeiro O, Pereira, AC. Preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a cuidados de saúde (2004 e comparação com 2002 e 2003). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(2): 99-104.
25. Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; volume temático 2: 63-74.
26. Simões JA. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. *Acção Médica*. 2008; 72(2): 95-106.
27. Santos I. O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar: Comorbidade de quatro doenças crónicas. Porto: Bial; 2008.
28. Biscaia J. Juramento de Hipócrates. *Acção Médica* 1999;63(2):69-73.
29. WHO – World Health Organization. *Community health needs assessment: An introductory guide for the family health nurse in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2001.
30. Correia C, Dias F, Coelho M, Page P, Vitorino P. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 75-82.
31. WHO – World Health Organization. *Ministerial Conference on nursing and midwifery in Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
32. Barros P, Simões J. Portugal: Retrato do sistema de saúde. *Health Systems in Transition*. 2007; 9(5): 77-93.
33. WHO – World Health Organization. *The Family Health Nurse. Context, Conceptual Framework and Curriculum*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
34. Friedman MM. *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. Fourth Edition. Stamford: Appleton & Lange; 1998. p.11-16.
35. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República* n.º 35, II Série, de 18 de fevereiro de 2011. p. 8660-8661.
36. Nunes R. A plataforma ética da saúde. *Revista Portuguesa de Filosofia*. 2006; 62(1): 185-205.

5. ÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Neste capítulo abordam-se sumariamente os conceitos de ética e bioética, assim como as teorias bioéticas que se consideram pertinentes para o contexto dos cuidados de saúde primários.

5.1. ÉTICA

A maioria das pessoas não parece dedicar muito tempo a pensar sobre o seu próprio comportamento, quer nos assuntos domésticos quer nas atividades relacionadas com a profissão, a menos que surjam circunstâncias especiais. No entanto, se se refletir, constata-se que muitas das ações parecem ser instintivas ou são-no de facto. Atua-se de forma automática, orientado simplesmente pela rotina ou pelo senso comum. Assim, sabe-se como agir, pelo que simplesmente se age. Grande parte da vida profissional é dedicada a lidar com assuntos relativamente rotineiros. No entanto, independentemente das rotinas serem formais ou informais, é muito importante ser-se responsável pelas próprias ações¹.

Só recentemente a ética foi reconhecida como sendo uma prioridade na formação dos profissionais de saúde. Alguns tiveram formação em pensamento moral e ético na escola médica ou de enfermagem, mas outros não. Alguns estudaram humanidades, mas a maioria não. Mas esta situação modificou-se, e as novas gerações de médicos e enfermeiros têm, como estudantes, dedicado mais tempo a questões éticas e legais. Estes assuntos são agora considerados importantes e fazem parte do currículo de pré-graduação de todas as escolas médicas² e de enfermagem.

Ética tem sido definida como o estudo filosófico do valor moral da conduta humana e das regras e princípios que devem governá-lo; um código de conduta em que esta é considerada correta, especialmente por um determinado grupo, profissão, ou mesmo por um indivíduo³.

Ética vem do grego “*éthos*”, correspondendo no latim ao termo “*moris*” (moral). Mas se etimologicamente as duas palavras são sinónimas, a tradição judaico-cristã conferiu ao termo “*moral*” uma carga religiosa a que o termo “*ética*” ficou imune, mantendo-se a ética como uma elaboração científica (filosófica ou teológica) da moral⁴.

A ética é assim definível como:

- conjunto de normas que regulam o agir do ser humano,
- ciência dos costumes,
- ciência dos princípios da ação,
- valores implicados nos costumes,
- reflexão sobre os fundamentos da ação humana.

A ética refere-se aos costumes, à conduta de vida e às regras de comportamento. Circunscreve-se ao agir humano, aos comportamentos quotidianos e às opções de vida⁴. Enquanto estudo do bem e do mal na ordem do agir, do “*a-fazer*”, do “*fazer realizar*”, da praxis no sentido clássico, enuncia normas de agir e não se limita a verificar padrões fáticos de comportamento. É, por isso, eminentemente prática. Pode-se entender a ética ou moral como “*um conjunto de normas de conduta, quer em geral, quer aquelas que são reconhecidas por determinado grupo humano ou propostas por determinado autor, corrente ou religião*”⁴.

Existe uma grande relação entre lei e ética. Ambas procuram regular o agir do ser humano. Ambas são ordens normativas, na medida em que se traduzem em normas ou regras de conduta⁵.

Lei pode ser definida como um conjunto consistente de regras universais que são amplamente publicadas, geralmente aceites, e geralmente aplicadas. Essas regras descrevem o modo como as pessoas são obrigadas a agir nas suas relações umas com as outras, em sociedade. São requisitos obrigatórios para agir de determinada forma, e não somente as expectativas ou sugestões para agir dessa maneira. Desde que um governo estabelece uma lei, pode usar os poderes de autoridade para a fazer cumprir pelos cidadãos.

Há situações em que a lei e a ética se sobrepõem e o que é percebido como falta de ética também é ilegal. No entanto, noutras situações, não se sobrepõem e, por vezes, o que é percebido como falta de ética ainda é legal, outras vezes, o que é ilegal é visto como ético. Desta forma, um comportamento pode ser percebido como ético por uma pessoa ou grupo, mas pode não ser percebido como tal por outros. Para complicar ainda mais esta dicotomia, as legislações representam a posição da maioria em funções de governo e, presumivelmente, o parecer da maior parte da sociedade, sobre o comportamento em causa.

Assim, conclui-se que a lei e a ética não são necessariamente a mesma coisa. Pode-se ter deveres legais que se consideram não éticos e, no limite, imposições éticas que sejam, num dado momento e enquadramento jurídico, ilegais. Todos podem ter a sua definição e a sua ética pessoal. E todos devem ter uma porque ela atravessa o seu dia-a-dia e a contingência de cada um dos seus gestos e decisões.

A ética também não se confunde com a deontologia, que é a ciência dos deveres, assumindo-se como uma ética profissional normativa. Consiste num conjunto (código) de regras morais, jurídicas e administrativas, próprias dos membros de uma determinada profissão⁶.

Para muitos autores a ética da saúde ocupa um lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois poucas questões têm um interesse tão fundamental como o estabelecimento de uma efetiva relação clínica entre o profissional de saúde e o paciente. Considera-se que a ética da saúde “*deve pautar-se por critérios éticos bem definidos à luz da tradição profissional e das disposições internacionais que consagram a doutrina da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais*”⁷. Acrescenta o autor que “*ao direito compete balizar comportamentos considerados por todas as correntes do pensamento como eticamente inaceitáveis. Numa perspectiva estritamente deontológica, cabe às Ordens, bem como às associações representativas de outros grupos profissionais o estabelecimento de linhas diretrizes, e face à competência que lhes foi delegada pelo Estado, elas têm o dever de pugnar para que essas diretrizes sejam cumpridas na sua íntegra*”⁷.

A Bioética é definida como a ética aplicada à vida, a interrogação de ordem ética que cada cientista, humanista e a sociedade em geral formula em relação aos progressos biotecnológicos. Assim, “*é um novo domínio da reflexão e da prática que incide sobre as questões humanas na sua dimensão ética, no âmbito da prática clínica ou da investigação científica em seres humanos com a finalidade de salvaguardar a dignidade das pessoas*”⁶. São grandes as áreas de discussão em Bioética: a relação médico-paciente, a relação interpares, a investigação e a organização institucional.

Neste sentido, “*a existência de um consenso transcultural implica que a ciência concorra sempre para melhorar as condições de existência da humanidade respeitando a identidade do sujeito e da espécie a que pertence*”⁸. Esta linha de pensamento está na base da edificação daquilo que hoje se conhece e se valoriza como direitos humanos fundamentais. Estes mais não são do que o reconhecimento expresso de um marco axiológico fundamental que é o valor intrínseco, inquestionável, da pessoa humana⁹.

Os profissionais de saúde necessitam de passar por um processo de ensino e treino específico³. As suas atitudes e comportamentos são assim suscetíveis de serem formadas por este processo. Em extremo, poder-se-ia afirmar que um programa de educação médica, científica e tecnicamente bem estruturado, que se concentrasse apenas na aquisição de conhecimentos e competências, iria produzir um médico altamente qualificado científica e tecnicamente. No entanto, isso negaria o conceito de que a prática da medicina é uma arte. Já em 1978, Sir George Pickering¹⁰ afirmou que:

*“The doctor’s task is to help his patients to live the fullest lives possible ... A narrow education or training is not the best preparation for his life’s work ... His material is man, his mind, his body and his place in society”*¹⁰.

Sir George Pickering¹⁰ estava preocupado que a liberdade intelectual do estudante de medicina fosse intoleravelmente restringida pela “*tirania*”¹⁰ do sistema de ensino. Ele dizia que a “*camisa de forças*”¹⁰ de tal sistema destruiria qualquer criatividade, inibindo o desenvolvimento futuro.

Mas, pode-se concluir que para se ser um bom médico é preciso possuir em alto grau as virtudes intelectuais, mas como a medicina é uma atividade e não um simples saber teórico, necessita também das virtudes morais ou éticas¹¹.

5.2. TEORIAS DA BIOÉTICA

São várias as teorias que se desenvolveram no âmbito da Bioética, de entre as quais se destaca, por considerar que têm maior aplicabilidade ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários:

1. O principialismo,
2. A ética das virtudes,
3. A ética da casuística,
4. A ética do cuidado,
5. A deontologia.

1. O **principialismo** esboçado pela primeira vez em 1978 no Relatório Belmont e logo desenvolvido pelos norte-americanos Tom Beauchamp e James Childress, no seu livro “*Principles of Biomedical Ethics*”, de 1979, (editado em 2012 pela sétima vez) é o modelo de teorização bioética mais difundido e baseia-se em quatro princípios “*prima facie*”^{13,14}:

- a) **O respeito pela autonomia** – em que uma pessoa deve ser livre para tomar decisões e atuar sem constrangimentos impostos por outrem, e em que o paciente tem o direito de participar nas decisões clínicas em conjunto com o profissional de saúde;
- b) **A não maleficência** – há a obrigação de não fazer ou promover o mal a um ser humano, “*Primum non nocere*”. Deste princípio derivam para o profissional de saúde normas concretas como por exemplo “*não causar dano*”; e é a partir dele que se elabora toda a discussão denominada de duplo efeito, segundo o qual determinadas terapêuticas provocam um efeito bom ou efeito pretendido e simultaneamente provocam o mal ou efeito tolerado. Exemplo disso são os atos cirúrgicos, mas igualmente os tratamentos farmacológicos;
- c) **A beneficência** – em que o profissional de saúde deve atuar no melhor interesse do paciente. Implica uma ação positiva, para além do dever, como ajudar as pessoas com incapacidades ou em perigo. Deste princípio derivam para o profissional de saúde normas concretas como o preservar a confidencialidade em benefício do paciente; e as normas de avaliação do risco benefício das intervenções em saúde;
- d) **A justiça** – em que situações iguais têm de ser tratadas de forma igual. Daí derivam as normas de equidade no acesso e a discussão da distribuição de recursos.

O objetivo primário e racional dos cuidados de saúde é a beneficência, enquanto o respeito pela autonomia, a não maleficência e a justiça estabelecem os limites morais para as ações dos profissionais de saúde. Qualquer destes princípios carece de valor relativo em relação aos outros, sendo, por vezes, mesmo impossível defini-los de uma forma absoluta. Refira-se por exemplo o princípio da justiça, este é entendido de diferentes formas, e segundo diferentes contextos pode ser enunciado como:

- a cada pessoa uma parte igual;
- a cada pessoa de acordo com a sua necessidade;
- a cada pessoa de acordo com o seu esforço;
- a cada pessoa de acordo com a sua contribuição;
- a cada pessoa de acordo com o seu mérito;
- a cada pessoa de acordo com as transações do mercado livre.

O princípalismo evoluiu para uma abordagem prática na tomada de decisão ética, baseada na moralidade comum e que é consistente, ou pelo menos não está em conflito com outras abordagens éticas, teológicas, morais e sociais para a tomada de decisão. Esta abordagem pluralista é essencial na tomada de decisões morais institucionais, pedagógicas, e na comunidade em geral, com grupos interdisciplinares, pluralistas por definição, e que podem não concordar com determinadas teorias morais ou suas justificações epistemológicas. No entanto, grupos interdisciplinares pluralistas podem concordar na aplicação prática de regras comuns, não sendo condição necessária que as origens epistemológicas e justificativas destas sejam estabelecidas. Pelo contrário, a condição suficiente é que haja um amplo acordo com a existência e aceitação dos valores gerais do respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O objetivo da tomada de decisão ética é, em última análise, para especificar e equilibrar cada um dos princípios, reconhecendo que não há nenhuma ordem hierárquica do conjunto de princípios, daí serem “*prima facie*”^{13,14}. Nenhum dos princípios morais deve prevalecer “*a priori*”, necessitando assim de serem ponderados e da análise das circunstâncias do caso concreto. Especificando, é o equilíbrio da aplicação dos princípios gerais morais relevantes para uma decisão em particular e a tentativa de maximizar, tanto quanto possível, todos os princípios que contribuem para a tomada de decisão ética.

Posteriormente, aos quatro princípios de Tom Beauchamp e James Childress, diferentes escolas acrescentaram outros, tendo o Conselho Geral da UNESCO, em 2005, adotado alguns na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁵: o da dignidade humana, o do consentimento, o do respeito pela vulnerabilidade humana, o do respeito pela diversidade cultural, o da solidariedade e cooperação e o da responsabilidade social, entre outros.

2. A **ética das virtudes**^{16,17} coloca a tônica na boa formação do caráter e da personalidade das pessoas ou dos profissionais, propondo-se uma correspondência entre as virtudes e os seus princípios¹³:

- a) Respeitabilidade – respeito pela autonomia
- b) não malevolência – não maleficência
- c) benevolência – beneficência
- d) justiça – justiça

A ética das virtudes^{16,17} propõe que as teorias éticas se concentrem em ajudar as pessoas a desenvolverem bons traços de caráter, nomeadamente o respeito, a honestidade, a confiança, a paciência, a coragem, a bondade e a generosidade. Esses traços, por sua vez, permitem que uma pessoa possa tomar decisões moralmente corretas no decorrer da sua vida. Os teóricos da ética da virtude também enfatizam a necessidade das pessoas aprenderem a deixar maus hábitos de caráter, tentações como a ganância ou a raiva, que são chamados de vícios e impedem a pessoa de se tornar boa. Neste sentido, *“o fator decisivo na resolução de um dilema ético concreto, qualquer que seja a sua natureza, é o grau de virtude da consciência individual de cada agente moral”*¹⁸.

A ética das virtudes remonta aos filósofos da Grécia antiga, sendo o mais antigo tipo de teoria ética na filosofia ocidental. Platão discutiu quatro virtudes principais: sabedoria, coragem, temperança e justiça. A primeira descrição sistemática da ética das virtudes foi escrita por Aristóteles na sua famosa obra *“Ética a Nicómaco”*¹⁹. De acordo com Aristóteles, quando as pessoas adquirem bons hábitos de caráter, elas são mais capazes de regular as suas emoções e a sua razão. Esta, por sua vez, ajuda a tomar decisões moralmente corretas quando se é confrontado com escolhas difíceis.

A ética das virtudes é uma importante contribuição para a compreensão da moralidade e enfatiza o papel central desempenhado pelos motivos nas questões morais. Para agir é necessária alguma motivação especial, assim ao dizer que certas virtudes são necessárias para corrigir decisões morais é igual a dizer que corretas decisões morais exigem motivos corretos. O encorajar motivações corretas é, muito frequentemente, um componente chave da educação moral dos jovens. Ensina-se que se deve desejar certos resultados e que estes devem ser atingidos através das suas ações. Uma outra razão pela qual a ética das virtudes é tão atraente é porque, as outras teorias morais têm alguma dificuldade em lidar com casos morais complicados estabelecendo qual a melhor ação a tomar, ou que deveres morais se devem enfatizar. A ética das virtudes promete que, se se for bem-sucedido em criar o tipo de pessoa que se quer ser, as decisões morais virão naturalmente e serão mais corretas. As principais questões que devem ser respondidas por quem deseja seguir a ética das virtudes incluem²⁰:

- Que tipo de pessoa quero ser?
- Que virtudes são características da pessoa que quero ser?
- Que ações vão cultivar as virtudes que quero ter?
- Que ações vão ser a característica do tipo de pessoa que quero ser?

Deste modo, propõe-se a revisão dos fundamentos filosóficos e morais do profissionalismo, e fá-lo através de uma análise da atividade profissional, usando a medicina como caso paradigmático. Argumenta que a atividade profissional e o contexto específico no qual fenomenologicamente é realizada implica com certos traços de caráter da pessoa. Refere assim, que para se ser médico, se deve ter como base a finalidade, ou “telos”²¹, da atividade médica que define a medicina como um tipo específico de atividade humana, procurando as virtudes em causa. Argumenta que por analogia a mesma linha de pensamento pode ser aplicada a outras profissões de ajuda²¹.

A palavra “profissão”²¹ deriva do verbo latino “profiteri”²¹, que significa declarar em voz alta ou publicamente. O que as profissões declaram é uma reivindicação de um conhecimento específico e uma fidelidade para algo para além do interesse próprio. Essa declaração é feita publicamente nos seus códigos e juramentos profissionais, e em particular cada vez que oferecem os seus serviços às pessoas que deles precisam. A sua atividade profissional é uma promessa solene de competência, uma aliança voluntária numa relação de confiança, pelo menos, assim é interpretado por aqueles a quem a declaração é feita²¹.

Pela atividade da profissão, o profissional está comprometido com os bons e melhores interesses da pessoa a ser servida, por exemplo, o paciente no caso da medicina. A atividade da profissão é o autêntico centro moral da ética profissional²¹. Ao assumir essa atividade, o profissional obriga-se a certas virtudes intelectuais e morais. A fidelidade a essas virtudes torna-o um bom profissional, virtuoso, e a sua atividade profissional torna-se autêntica²¹.

“Um médico virtuoso, um “bom médico”, aquele que faz bem o seu trabalho, que compreende o estado de vulnerabilidade do paciente, compromete-se em ajudá-lo e é fiel a essa promessa. O que ninguém quer é um médico comerciante, ou o simples executor de uma técnica, ou o burocrata, ou o mercenário, ou o que acha que sabe tudo, ou o que vê o doente como objeto de exploração”²².

3. A ética da casuística²³ privilegia a análise de casos para identificar características paradigmáticas com vista a estabelecer analogias em situações semelhantes, sendo a relação entre as regras e os problemas francamente prática. As regras éticas gerais servem como “máximas”, as quais só podem ser totalmente compreendidas nos termos dos casos paradigmáticos que definem o seu sentido e a sua força (um pouco como se fazem os diagnósticos, caso a caso, depois de se aprender por paradigmas que raramente se encontram na prática).

Ética casuística é a metodologia de raciocínio usada para resolver problemas morais da aplicação de regras teóricas a casos particulares, e pela generalização dessa análise.

Normalmente, o raciocínio casuístico começa com um caso claro, paradigmático. Por exemplo, pode ser um caso precedente moralmente já resolvido. A partir dele, a casuística pergunta quão perto o caso concreto em apreço corresponde ao paradigmático. Casos

semelhantes devem ser tratados de forma semelhante, e os diferentes do paradigmático devem ser tratados de forma diferente, encontrada a justificação moral para a resolução desse caso, ele torna-se paradigmático para novos casos²⁴.

A ênfase posta nas regras, generalizações e princípios obscurece a importância do caso individual, da situação concreta e das suas circunstâncias e causas. Uma abordagem centrada no caso pode ser preconizada como mais congruente com a forma como os profissionais de saúde abordam o diagnóstico e o tratamento²⁵.

O resultado não será um conhecimento teórico dos princípios éticos, mas um conhecimento prático sobre o que é o melhor para uma situação particular numa perspetiva casuística, pragmática e probabilística.

Um conjunto de questões a serem respondidas durante a análise ética de tipo casuística em saúde é apresentado no Quadro I²³.

Quadro I: Perguntas a serem respondidas durante a análise de cada caso

INDICAÇÕES MÉDICAS	PREFERÊNCIAS DO DOENTE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual o problema do doente? História? Diagnóstico? Prognóstico? 2. O problema é agudo? Crónico? Crítico? Emergência? Reversível? 3. Quais são os objetivos do tratamento? 4. Quais são as hipóteses de sucesso? 5. Quais são os planos em caso de falha terapêutica? 6. Em resumo, como é que este paciente vai beneficiar dos cuidados médicos e de enfermagem e como é que os danos podem ser evitados? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que expressou o paciente acerca das preferências pelo tratamento? 2. O paciente foi informado sobre benefícios e riscos, compreendeu e deu seu consentimento? 3. O paciente está mentalmente capaz e tem competência legal? O que é demonstrativo da incapacidade? 4. O paciente expressou antecipadamente as suas preferências? Por exemplo: diretivas antecipadas de vontade? 5. Se incapacitado, quem deve ser o representante? O representante segue as regras apropriadas? 6. O paciente está relutante ao tratamento ou é incapaz de cooperar? Se sim, porquê? 7. Em suma, foram os direitos de escolha do paciente respeitados em toda a sua extensão ética e legal?
QUALIDADE DE VIDA	ASPETOS CONJUNTURAIS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são as perspetivas com e sem tratamento para um retorno do paciente à sua vida normal? 2. Há predisposições que possam prejudicar a avaliação da qualidade de vida do paciente? 3. Que deficit físico, mental e social pode o paciente sofrer se o tratamento for bem sucedido? 4. A situação presente ou futura do paciente é tal que a continuação da vida pode ser considerada indesejável por ele? 5. Existe alguma fundamentação lógica para renúncia do tratamento? 6. Quais os planos para os cuidados paliativos e o conforto? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existem assuntos familiares que possam influir nas decisões terapêuticas? 2. Existem problemas dos profissionais (médicos ou enfermeiros) que possam influenciar as decisões terapêuticas? 3. Existem fatores económicos ou sociais? 4. Existem fatores religiosos ou culturais? 5. Há alguma justificação para violar o segredo médico? 6. Existem problemas de alocação de recursos? 7. Quais são as implicações legais das decisões terapêuticas? 8. Está envolvida a investigação ou o ensino? 9. Existe conflito de interesse institucional ou com os profissionais de saúde?

A abordagem casuística é mais compatível com a prática clínica da medicina²³.

4. A ética do cuidado²⁶ é relacional e defende a importância das relações interpessoais e da solicitude, sendo as atividades de cuidado as que tornam o mundo social seguro, evitam o isolamento e previnem a agressão. O ideal do cuidado consiste numa atividade de relação, de estima e ajuda, percebendo e respondendo às necessidades do outro, de proteção e acompanhamento, procurando tomar conta de todos, mantendo a rede de relações de modo que ninguém seja deixado sozinho.

A ética do cuidado também é uma teoria ética normativa, isto é, uma teoria sobre o que faz as ações serem certas ou erradas. Faz parte de um conjunto de teorias normativas éticas que foram desenvolvidas por movimentos feministas na segunda metade do século XX. Enquanto as teorias éticas consequencialistas e deontológicas enfatizam padrões morais universais e imparciais, a ética do cuidado enfatiza a importância dos relacionamentos humanos, através do diálogo e da negociação²⁶.

O interesse por perspectivas normativas se expandiu por todo o lado, desde as famílias igualitárias aos locais de trabalho, às responsabilidades morais dos pais e dos cidadãos, às avaliações éticas das políticas governamentais e internacionais²⁷. Porém, a ética do cuidado oferece uma esperança para se repensar de uma forma mais frutuosa como cada um deve guiar a sua vida.

As convicções básicas desta teoria são:

- a) Todos os indivíduos são interdependentes para atingir os seus interesses.
- b) Os particularmente vulneráveis às escolhas de outros e às suas consequências devem merecer consideração adicional a ser medida de acordo com:
 - i. o nível da sua vulnerabilidade perante essas escolhas;
 - ii. o nível da sua afetação por essas escolhas.
- c) É necessário estar atento aos detalhes contextuais da situação, a fim de salvar e promover os interesses reais e concretos dos envolvidos.

A ética do cuidado é também uma base teórica para o cuidar com foco na ética materna. Algumas feministas norteamericanas^{28,29,30} sugerem que o cuidar deve ser uma responsabilidade social e os cuidadores devem ser avaliados nas esferas pública e privada. As suas teorias reconhecem o cuidar como uma questão ética relevante. Esta mudança de paradigma na ética encoraja que a ética do cuidado deva ser uma responsabilidade quer de homens quer de mulheres.

5. A **deontologia** afirma que as pessoas devem aderir às suas obrigações e deveres, e quando se analisa um dilema ético isso deve ser tido em consideração. Significa que uma pessoa deve cumprir as suas obrigações para com ela mesma, para com outro indivíduo e para com a sociedade, porque defender um dever é o que é considerado eticamente correto³¹. Por exemplo, um deontologista mantém sempre as suas promessas e vai seguir a lei moral, segundo o imperativo de Immanuel Kant³². Uma pessoa que segue esta teoria produz decisões éticas muito consistentes, uma vez que se fundamente no conjunto dos deveres do indivíduo.

A deontologia fornece uma base para os direitos e obrigações especiais que incidem sobre pessoas específicas, tais como os membros de uma família. Por exemplo, um irmão mais velho tem a responsabilidade de proteger a sua irmã mais nova, quando atravessarem em conjunto uma estrada movimentada³¹.

Embora a teoria deontológica contenha muitos aspetos positivos, também tem algumas fraquezas. Uma delas é que não há razão ou fundamento lógico para decidir quais são os deveres morais de um indivíduo. Por exemplo, alguém pode decidir que é seu dever estar sempre a horas para as reuniões. Embora este pareça ser um nobre dever, não se sabe qual a verdadeira razão porque essa pessoa escolheu cumprir esse dever. Pode acontecer que a razão para ela querer estar sempre a tempo para a reunião seja querer sentar-se sempre na mesma cadeira. Outra fraqueza inclui o facto de que às vezes uma pessoa tem um conflito de deveres. Por exemplo, se a pessoa que deve estar a horas na reunião está atrasada, como é que ela deve conduzir a viatura? É suposto exceder a velocidade permitida, quebrando o seu dever para com a sociedade, ou cumprir a lei (código da estrada) e chegar atrasado à reunião, quebrando assim o seu dever de estar a horas. Para este cenário de obrigações conflitantes a teoria deontológica não leva a uma resolução clara e eticamente correta, nem protege o bem estar dos outros na decisão ética. Uma vez que não considera o contexto de cada situação, ela não fornece qualquer orientação quando se entra numa situação complexa em que há obrigações contraditórias³¹.

A deontologia é também uma ética profissional que na sua componente normativa se configura como um conjunto de deveres inerentes ao exercício de uma profissão⁸. De facto, qualquer profissão impõe determinados deveres àqueles que a exercem, através do “*código deontológico*”, que consiste num conjunto de regras morais, jurídicas e administrativas, próprias dos membros de determinada profissão. No caso dos médicos e enfermeiros tem associado um poder disciplinar com possibilidade de punição^{8,33}.

A deontologia, porque rígida, é sempre limitada, não podendo prever todas as situações, conflitos e dilemas que a realidade compreende. No entanto, os códigos deontológicos representam um instrumental útil enquanto diretiva da prática profissional e também do processo de tomada de decisão frente a situações que configuram problemas éticos, sendo um aporte para o equacionar ético dos profissionais da saúde que, por vezes, recorrem aos códigos e aos conselhos disciplinares como fonte de recurso para orientação e solução dos problemas éticos que enfrentam.

As Comissões de Ética para a Saúde (CES), embora consultivas por definição, podem ter, entre outros, um papel importante nas questões de ética profissional não resolúveis pelos códigos respetivos. A função de uma CES não pode ser confundida com a tarefa de um conselho de deontologia: este avalia um determinado comportamento à luz das regras deontológicas vinculativas já estabelecidas e codificadas. Todas as decisões e ações profissionais implicam, além da sua correspondência com as normas deontológicas, a presença de valores éticos que têm um alcance ético mais interpelativo do que a observância estrita dos deveres profissionais. Os casos duvidosos devem ser analisados pela CES quando colocam em conflito vários princípios éticos fundamentais. Deste modo, sem se substituir a um conselho de deontologia, a CES será chamada casuisticamente a pronunciar-se sobre casos aparente e meramente deontológicos, como casos de negligência e incumprimento das *“Leges artis”*³⁴.

De facto, a institucionalização das comissões de ética é um importante salto civilizacional dado que, independentemente da corrente ética predominante, importa que exista alguma supervisão da atividade profissional no setor da saúde, nomeadamente quando os direitos básicos dos doentes possam ser violados. Assim, *“enquanto instrumento da sociedade plural que pretende defender, sem reservas, os legítimos direitos dos doentes, as comissões de ética são um importante veículo de regulação intrainstitucional, nomeadamente no que se refere à investigação em seres humanos”*³⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wingfield J, Badcott D. Pharmacy Ethics and Decision Making. London: Pharmaceutical Press; 2007.
2. Hope T, Savulescu J, Hendrick J. Medical ethics and the law: the core curriculum. UK: Churchill Livingstone; 2003: 81.
3. Orme-Smith A, Spicer J. Ethics in General Practice. London: Radcliffe Medical Press; 2001.
4. Cabral R. Temas de Ética. Braga: Faculdade de Filosofia da UCP – Braga; 2003.
5. Cardoso AL. Direito e Ética. In: Archer L, Biscaia J, Oswald W. (ed). Bioética. Lisboa: Editorial Verbo; 1996: 44-49.
6. Neves MCP. A bioética como reflexão e como prática. In: Neves MCP. (ed). Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002: 29-35.
7. Nunes R. Ética na relação com o doente. In: Serrão D, Nunes R. (ed). Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora; 1998: 31-46.
8. Nunes R. Bioética e deontologia profissional. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002.
9. Nunes R. Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2010.
10. Pickering G. Quest for Excellence in Medical Education: a personal survey. Oxford University Press; 1978.
11. Gracia D. Fundamentos de bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008.
12. Belmont Report. Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1979. Disponível em: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.

14. Frankena WK. Ethics. 2nd edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1973
15. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
16. Pellegrino E, Thomasma D. For The Patient's Good. New York: Oxford University Press, 1988.
17. MacIntyre A. After virtue: A study in moral theory. 3rd edition. London: Duckworth; 2007.
18. Nunes R. Valores e sociedade plural. In: Nunes R, Melo H. (ed). Testamento Vital. Coimbra: Almedina; 2011: 17-80.
19. Aristóteles. Ética a Nicómaco. [tradução de António C. Caeiro] Lisboa: Quetzal Editores; 2004.
20. Simões JA, Guerreiro MP. Ética na prestação de cuidados de saúde pelo farmacêutico. In: Guerreiro MP, Fernandes AA. (ed) Deontologia e Legislação Farmacêutica. Lisboa: Lidel; 2013: 3-16.
21. Pellegrino E. Professing Medicine, Virtue Based Ethics, and the Retrieval of Professionalism. In: Walker R, Ivanhoe P. (ed). Working Virtue. New York: Oxford University Press; 2007: 61-85.
22. Cruz J. Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino. Coimbra: Almedina; 2012.
23. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética clínica. Uma abordagem prática de decisões éticas em medicina clínica. 4ª edição. [tradução de Fernando Martins Vale] Lisboa: McGraw-Hill; 1999.
24. Jonsen AR, Toulmin S. The abuse of casuistry: A history of moral reasoning. Berkeley: University of Califórnia Press; 1988.
25. Barbosa A. Bioética e Psiquiatria de Ligação. In: Correia DT. (ed). Psiquiatria de Ligação na Prática Clínica. Lisboa: Lidel; 2011: 171-222.
26. Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
27. Held V. The Ethics of Care. Personal, Political, and Global. New York: Oxford University Press; 2006.
28. Radosh PF. Sara Ruddick's Theory of Maternal Thinking Applied To Traditional Irish Mothering. Journal of Family History. 2008; 33(3): 304-315.
29. Held V. Feminist Morality: Transforming Culture, Society, and Politics. Chicago: University of Chicago Press. 1993.
30. Kittay EF. Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency. New York: Routledge; 1999.
31. Ridley A. Beginning Bioethics. New York: St. Martin's Press; 1998.
32. Brito JHS. Introdução à Fundamentação da Metafísica dos Costumes, de I. Kant. Porto: Edições Contraponto; 1994.
33. Veiga J. Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
34. Renaud M. Problemas éticos emergentes na prática clínica: Ética e deontologia. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2003; 22(7-8): 951-954.
35. Nunes R. Clinical ethics committees. Tbilisi: Council of Europe and Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia; 2003: 48-57.

6. ÉTICA DAS PEQUENAS COISAS

Neste capítulo reproduz-se a proposta de Mercedes Pérez Fernández¹ de Ética das Pequenas Coisas que se considera adequada ao contexto dos cuidados de saúde primários.

Ao contrário da “*ética das grandes coisas*”¹, importantes, mas raras (como a eutanásia, o aborto, a reprodução medicamente assistida, etc.), as questões éticas da Medicina Geral e Familiar são frequentes e práticas (do dia a dia) mas requerem um compromisso profissional, científico e humano tão exigente como o requerido pelas “*grandes coisas*”¹. Segundo a autora podemos listar as seguintes “*pequenas coisas*”¹:

- **O uso do tempo e de outros recursos finitos.**
 - **Dignidade / cortesia com todos, pacientes e familiares, especialmente os socialmente desfavorecidos e desconsiderados.**
 - **Assunção e controlo da incerteza, através de relações de confiança, flexibilidade dos serviços e capacitação dos pacientes.**
 - **Erro médico.**
-
- **O uso do tempo e de outros recursos finitos. – Para o que não temos tempo? Para o que sempre arranjamos tempo?**¹

Dizemos que “*não há tempo*” é a resposta mais frequente perante propostas para melhorar a nossa clínica. Por exemplo, para deixar falar o paciente, que geralmente não tem trinta segundos para responder à simples questão inicial “*o que o traz cá?*” ou, para inserir componentes de empatia na consulta¹.

“*Não há tempo*”, também se repete para não aplicar, quando necessário, uma psicoterapia breve, adequada, eficaz e viável, mesmo pelo médico de família¹. “*Não há tempo*” para os domicílios, mesmo em pacientes terminais¹. “*Não há tempo*” para uma pequena cirurgia¹. “*Não há tempo*” para ser flexível com os adolescentes, ou com os toxicódepentes, ou com trabalhadores com necessidades de atendimento dentro da sua própria programação, incompatível com o horário da consulta¹. Sem tempo para fornecer acesso conveniente para aqueles que não são “*obedientes*”¹.

“*Para o que é que há tempo?*”¹ Às vezes, para os delegados de informação médica¹. Às vezes, para o café¹. Em geral, para os pacientes crónicos “*obedientes*”, cumpridores das recomendações e que, portanto, pouco precisam do médico¹. Às vezes, para conversas inconsequentes com os colegas¹. Às vezes, para chegar tarde e sair cedo¹. Às vezes, para a prevenção não científica, como procedimentos preventivos sem evidência, de que é exemplo a determinação por rotina do PSA, ou mesmo para medicação preventiva não validada¹.

“*O tempo é um tesouro*”¹, diz-nos Mercedes Pérez Fernández, o maior tesouro que os médicos podem partilhar com os pacientes¹. Esse tempo deve ser “*ajustado conforme as necessidades*”¹ e não como “*poder de compra do mesmo*”¹, porque os que têm mais hipóteses de ter tempo geralmente são os que não precisam muito¹. Na gestão do tempo médico, há uma tomada de decisão ética entre valores concorrentes, mas os médicos não costumam notar, ou até considerar que valha a pena debater tais questões¹.

Aceitamos o “*não há tempo*” como a moeda que evita o debate ético, porque, na sua formulação simples trava qualquer consideração de mudança e melhoria, de questionamento das nossas atitudes e valores profissionais e humanos. O tempo médico é valioso não só pelos seus componentes de conhecimento profissional (preventivo, diagnóstico, terapêutico, prognóstico), mas pelo seu valor de expressão de respeito pela dignidade dos pacientes e suas famílias, e pelo seu uso como parte da “*escuta terapêutica*”¹.

- **Dignidade / cortesia com todos, pacientes e familiares, especialmente os socialmente desfavorecidos e desconsiderados¹.**

Sabemos que a doença tem um impacto imprevisível sobre o paciente e a sua família. Não há melhor exemplo do que a esquizofrenia, doença frequente e grave, em que se pode lidar com um paciente “*quase normal socialmente*”¹ ao longo da sua vida, quando a evolução é boa e tem uma família que colabora e o apoia, e com acompanhamento médico. Noutros casos, quando está inserido numa família disfuncional, a esquizofrenia leva, literalmente, o paciente a viver como um “*pária social*”¹ e até mesmo como um “*andarilho sem teto*”¹. Em qualquer caso, o paciente esquizofrénico não deve perder a sua dignidade como ser humano, e em certa medida, requer especial atenção e cuidado, que deve ser oferecido pela plena capacidade do sistema de saúde e dos seus profissionais. Um paciente esquizofrénico comentou um dia, perante um tratamento indigno e miserável que recebeu de profissionais de saúde: “*Eu sou louco, mas não sou idiota*”¹.

O paciente rejeitado pela sociedade, quer o esquizofrénico, quer o toxicodependente, quer o que vive na rua, quer o doente pobre, permanece fundamental para o profissional de saúde, particularmente nos cuidados de saúde primários. E o “*bom profissional*”¹ começa por tratar todos os pacientes com dignidade, mas de modo particular aqueles que a sociedade evita e marginaliza, pobres ou ciganos, imigrantes ou ilegais, doente mental ou com obesidade mórbida. O “*bom profissional*”¹ é uma oportunidade para reverter a lei dos cuidados inversos².

Os aspetos de cortesia, dignidade e bondade são importantes para a criação de um ambiente sereno e acolhedor. Pode ser natural ter algumas flores no consultório¹, no entanto, com um mínimo de limpeza e higiene, receber o paciente de pé, apresentar-se se é um novo paciente, assim como ao interno e/ou ao estudante se, antes se pediu permissão para a sua presença, é simplesmente agradável saudar e ajudar aqueles que precisam a sentar-se, e é claro, ter cadeiras em número suficiente para pacientes e acompanhantes. Perguntar como o paciente deseja ser tratado, se pelo nome, por nome e apelido, na primeira consulta e anotar na ficha clínica. Tudo isso deve ser feito como forma de expressar o respeito pela sua dignidade, mas na realidade também o fazemos por nós mesmos, para preservar a nossa dignidade, e pelo exercício honesto da profissão médica¹.

Mercedes Pérez Fernández¹ afirma que *“não há lugares decentes e ambientes amigáveis, mas pessoas decentes e gentis”*. Aqui evidenciamos os nossos valores e a sua implementação contínua é uma exigência ética que deve ser ensinada e discutida com a frequência necessária para nunca ser esquecida.

Alice Varanda Pereira e colaboradores³ questionaram uma amostra de utentes da Extensão de Vialonga, do Centro de Saúde da Póvoa de Santo Adrião, sobre o perfil socio-demográfico, de aparência e de conduta, que os utentes consideram ser ideal para um médico de família e verificaram que a maioria da amostra atribui importância: a uma aparência cuidada do médico, ao uso de bata, à comunicação com linguagem fácil, ao domínio da língua portuguesa, à pontualidade, à entrega de informação por escrito, à partilha de informação, ao seguimento pelo mesmo médico de família em diferentes consultas e ao longo do tempo. Considera também que a duração ideal da consulta é entre 11 e 30 minutos³.

É difícil colocarmo-nos no lugar do paciente, com toda a *“história”* que lhe é peculiar e singular, a sua doença e estilo de vida. Assim, falamos de *“doença”* e não de doente. A doença é uma realidade que nos ajuda a progredir cientificamente, mas o paciente não *“tem uma doença”*, mas *“vive com uma doença”*¹. Viver a doença é o doente, pelo que classicamente se afirma *“não há doenças, mas doentes”*¹. Ao médico hospitalar pode-se aceitar uma certa ênfase na doença e não no doente, mas o médico de família deve ser caracterizado por se focalizar no doente. No entanto, o que importa para ambos os tipos de médico é o impacto da doença, como é que ela altera a vida do paciente¹. Muitas vezes, esse impacto é tão subtil que nem o paciente o consegue explicar. É a quebra de velhos hábitos e costumes, é a renúncia a coisas *“básicas”*, é a mudança de expectativas de vida¹. A empatia permite ao médico colocar-se no lugar do paciente. A empatia procura o tempo e o local para o paciente se exprimir, mesmo o que ele não sabe dizer, o que o comove e nunca é verbalizado. Sem empatia não há qualidade humana, e, portanto, não há qualidade científica¹.

Mercedes Pérez Fernández¹ afirma que o ambiente acolhedor e amigável, simpático, cortês, digno e sereno alcançam *“milagres”*, que mais não são que a resposta esperada ao tratamento que merece, quem é impotente, por vezes assustado e outras destruído pela doença. É uma questão de eficácia, porém é antes de tudo uma questão ética¹.

● **Assunção e controlo da incerteza, através de relações de confiança, flexibilidade dos serviços e capacitação dos pacientes¹.**

Podemos afirmar inequivocamente que vimos hoje o Sol, mas não podemos afirmar sem qualquer dúvida que o veremos amanhã. A probabilidade é que veremos o Sol amanhã e depois de amanhã, e nos dias seguintes. O mesmo se pode afirmar em relação a estarmos vivos. Hoje, sem dúvida que o podemos afirmar, mas não podemos dizer que amanhã o estaremos. A incerteza é, então, a essência da vida¹.

Com base numa análise heurística e em processos mentais desenvolvidos, o médico de família combate a paralisia de decisão numa consulta que resultaria do “*medo da incerteza*”¹. Por exemplo, no caso de se diagnosticar gripe, isso representa uma convicção com um grau de probabilidade alto, mas mesmo assim é prudente deixar a porta aberta para facilitar um novo contacto se algo se complicar. Mas, pode ser o início de um linfoma, mas tal é improvável e, em qualquer caso, o atraso de alguns dias no diagnóstico, não justifica a amargura que desencadearia “*pensar*”, em todos os casos, na probabilidade de “*linfoma*”¹. Em cuidados de saúde primários devemos limitar os esforços de diagnóstico para o comum, o mais prevalente, e faz parte das boas práticas, e é um valor ético saber o que, em cada caso, é “*justo e necessário*”¹. É verdade que, no final da consulta, pode ser difícil ter uma atitude expectante, de “*esperar para ver*”¹. Mas “*não*”¹, a decisão pode ser tão bem sucedida como qualquer outra, a única oportunidade que temos de a aferir é com a passagem do tempo.

Por vezes, o médico “*enlouquece*”¹ e pede radiografia de tórax a todos os pacientes com tosse. Noutros, pede ressonância magnética a todos os pacientes com dor de cabeça. Também pode acontecer a referenciação emergente dos pacientes com dor abdominal quando o diagnóstico de apendicite é incerto, mas “*dói*”¹ quando tal acontece e esse encaminhamento não foi feito atempadamente. Estes são exemplos de resposta à incerteza, muitas vezes com base na experiência pessoal e não na ciência¹.

A incerteza clínica é inerente à prática médica mas, por vezes, não é ensinado como lhe responder; nem mesmo se ensina, muitas vezes, que a “*resposta criteriosa*”¹ é um valor ético. Os estudantes e internos fazem a sua aprendizagem baseados em “*diagnósticos diferenciais*”¹, mas, influenciados por uma cultura absurda de “*alegações de negligência*”¹ são levados a uma “*busca heroica do diagnóstico*”¹ a uma verdadeira “*tiranía do diagnóstico*”¹. Nessa busca impossível e titânica ignora-se a incerteza clínica e que a decisão de “*não diagnosticar*”¹ pode ser entendida como decisão ética. Muitas vezes os estudantes e os internos não são ensinados que, por exemplo, metade dos pacientes com dor abdominal podem ser tratados com sucesso sem ter um diagnóstico definitivo, quer no consultório do médico de família, quer na urgência do hospital geral¹.

O controle prudente da incerteza clínica faz-se com: a qualidade científica e humana do profissional de saúde, a relação que ele estabelece com os seus pacientes, a sua acessibilidade e a capacitação dos pacientes¹. O controlo prudente da incerteza é um valor clínico e uma questão ética¹.

- **Erro médico. - Reconhecer / comunicar (a colegas e a lesados) / reparar / agir a montante¹.**

Mercedes Pérez Fernández¹ afirma que os erros são parte integrante do “*interior*” do médico. Que não há nenhum médico que não tenha uma “*coleção de erros horrorosos*”¹. E não são os piores aqueles erros médicos que estão “*presos para sempre aos nossos corações*”¹, os piores erros são aqueles de que nem nos apercebemos, aqueles que ignoramos e que portanto repetimos¹.

Os erros doem-nos tanto que os negamos. Negamo-los, relegando-os ao esquecimento¹. Negamo-los não falando sobre eles¹. Negamo-los, não os compartilhando com os colegas¹. Negamo-los, perante os pacientes¹. Negamo-los, perante os familiares¹. Negamo-los, perante nós mesmos¹. Negamo-los, sistematicamente¹. Negamo-los, muitas vezes sem nos darmos conta que também somos “*vítimas*”¹ dos erros, que sendo sistêmicos, muitas vezes derivam da estrutura dos cuidados de saúde, sendo independentes dos profissionais de saúde¹. Como nos sentimos tão culpados, e ocultamos tanto os erros, perdemos a oportunidade não só de os evitar, como de identificar as suas causas¹. Os nossos sentimentos de culpa levam-nos a uma resposta negativa perante os erros médicos e, assim, bloqueamos a reação prudente¹.

A reação prudente perante os erros médicos é um valor clínico e uma questão ética¹.

A resposta correta perante os erros médicos tem um passo inicial fundamental, que é identificá-los e reconhecê-los. Se os japoneses dizem que “*um erro é um tesouro*”¹ é porque qualquer erro pode iniciar um ciclo de evicção da repetição, porém só se for identificado. Os erros médicos não identificados são oportunidades perdidas¹. Pelo que devemos identificar os erros na atividade prática do dia-a-dia⁴, reconhecendo o nosso “*envolvimento*”¹ neles. Já é importante simplesmente identificá-los, com certeza, mas é melhor reconhecer que temos algo a ver com eles¹. Não é para culpabilizarmo-nos, mas reconhecer que temos um relacionamento temporo-espacial e pessoal com o erro¹.

Depois de identificar e reconhecer o erro médico é necessário comunicar^{1,5,6}. Nalguns lugares a comunicação pode ser anónima. De qualquer forma, comunicar os erros entre pares tem um componente terapêutico, tanto para quem comunica como para aqueles que se identificam com eles e que os sentem na “*pele*”¹, sentindo-se “*irmanados*”¹, pois cometem erros semelhantes, ou piores em circunstâncias semelhantes. Podem ser úteis sessões clínicas regulares sobre erros médicos, uma vez que permite constatar, pelo menos, que os erros são frequentes^{1,5,6}.

É importante considerar a resposta aos erros médicos como um valor ético^{1,5} e uma cultura de segurança^{3,5,6}.

Mercedes Pérez Fernández¹ considera que comunicar os erros médicos não deve ficar só no âmbito profissional, especialmente se tiver havido danos. A maioria dos pacientes e suas famílias esperam pedidos de desculpas e explicações sobre a sequência de eventos que levou ao erro médico^{1,5}. A empatia é aqui fundamental para compreender como o erro afetou as vidas dos pacientes e suas famílias¹. É necessário tempo, trato digno,

escuta, amabilidade e simplicidade¹. É uma “*consulta sagrada*”⁷, que envolve controlo de emoções e limar crispações. É melhor reconhecer do que esconder coisas¹. Trata-se de se colocar na pele de quem sofreu danos na sua saúde e, geralmente, não o entende¹. Às vezes, pode até não ter consciência do erro cometido, de que a deterioração da sua saúde se deveu a uma falha. Não se deve escondê-lo, mas pelo contrário, deve-se compartilhar esse conhecimento, e simplesmente expressar que o erro atinge todas as áreas, inclusive a do próprio médico^{1,8}.

Identificar e comunicar são ações que buscam medidas corretivas, que em si já alcançam¹. Reparação é muitas vezes compartilhar com o paciente e sua família a dor e o fracasso¹. A sincera dor do médico tem, sem dúvida efeitos terapêuticos¹. O dano nem sempre exige compensação financeira, como bem demonstram os sistemas de compensação extra judiciais¹. Na verdade, o sistema de justiça norte-americano leva a que os advogados fiquem com mais de 60% das indemnizações, o que muitas vezes torna pobre a reparação para o paciente, mesmo do ponto de vista monetário¹. Os pacientes pretendem reparação, que significa obter a reversão de tudo o que for possível em relação aos danos causados, mas principalmente querem que não se repita o mesmo erro¹. O altruísmo dos pacientes e suas famílias é muitas vezes surpreendente, “*uma verdadeira lição*”¹, que espanta os médicos em geral e em particular os envolvidos no erro. É claro que, às vezes, o dinheiro é a melhor maneira de compensar a lesão, e nesses casos deve ser parte da ação de reparação, mas apenas para completar o quadro que tenta repor a situação à condição anterior ao erro¹. E, acima de tudo, que se analisem as causas e condições que levaram ao erro médico e se tomem as medidas lógicas e suficientes para diminuir a probabilidade da sua repetição. De todas estas medidas devem os pacientes e suas famílias ser informados¹.

A gestão prudente dos erros médicos é um valor a promover e uma questão ética¹.

São estas as “*pequenas coisas*”¹ de que nos fala Mercedes Pérez Fernández, a capacidade para tomar decisões frente aos problemas éticos que emergem das situações do dia-a-dia, desenvolvendo uma “*ética do quotidiano*”, proposta por João Lobo Antunes⁹, é essencial para a excelência profissional e dos cuidados de saúde, pois para que estes cuidados mereçam o qualificativo de excelente devem aliar à qualidade técnica a correta tomada de decisão ética, por parte dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Fernández, M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de “Ética y derecho médico”. 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Disponível em: <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/etica-de-las-pequeñas-cosas-en-medicina/>.
2. Hart, JT. Inverse care law. *Lancet*. 1971.
3. Pereira, AV. et al. O Médico de Família Ideal – Perspectiva do utente. *Rev Port Clin Geral*. 2008; 24: 555-64.
4. Sequeira, AM. et al. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES – Estudo descritivo. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26: 572-84.
5. Fragata, J. A segurança dos doentes: indicador de qualidade em saúde. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26(6): 564-70.
6. Ribas, MJ. Eventos adversos em cuidados de saúde primários: promover uma cultura de segurança. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26(6): 585-9.
7. Gérvas, J. et al. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009; 41(1): 41-44.
8. Simões, JA. Erro Médico. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26: 560-2.
9. Antunes, JL. A nova medicina. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012.

7. OUTRAS “PEQUENAS COISAS”

Aos temas apresentados por Mercedes Pérez Fernández na sua proposta de “*ética das pequenas coisas*”¹ e reproduzida no capítulo anterior, o autor compila outros temas, a partir de artigos de autores da medicina geral e familiar maioritariamente portugueses, por considerar que esses temas da prática quotidiana dos cuidados de saúde primários merecem reflexão ética.

- **A prevenção quaternária e a tirania da prevenção.**

Miguel Melo² lembra-nos que todos os cuidados médicos, incluindo os preventivos, têm o potencial de provocar prejuízo ao doente. A intervenção médica excessiva é uma ameaça para o doente que contacta com o sistema de saúde. A prevenção quaternária, ao identificar os doentes submetidos a estas intervenções médicas excessivas, previne o sofrimento e a iatrogenia². Apesar do aumento enorme do corpo de conhecimentos médicos, muitas das nossas decisões são tomadas num grande nível de incerteza. A incerteza na prática clínica é algo que o médico terá que saber gerir na prestação de cuidados médicos curativos ou preventivos^{2,3}.

Prevenção Quaternária está definida no Dicionário da WONCA⁴ como “a *detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis*”. Pressupõe uma análise de decisões clínicas (decisão em incerteza) pautada e orientada por princípios da proporcionalidade (os ganhos devem superar os riscos) e de precaução (“*primum non nocere*”)². Providencia cuidados médicos que sejam científica e medicamente aceitáveis, necessários e justificados com a menor intervenção possível: o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção possível^{2,5,6,7}.

Miguel Melo² considera que identificar e perceber os fatores que se associam a intervenção médica excessiva se torna importante para a sua correção. A indústria farmacêutica (IF) tem promovido campanhas para o público em geral transmitindo ideias exageradas sobre os perigos dos fatores de risco (FR) e valorizando alguns problemas comuns com meros intuitos comerciais. A “*promoção da doença*” (“*disease mongering*”)⁸ junto da população é feita recorrendo a um “*marketing*” de medo, confundindo FR e sintomas comuns com doenças, sobrestimando os FR e mensagens de medicalização⁸. Estas mensagens acabam também por criar na população uma ideia da saúde como um mero meio de consumo, “*um medicamento para cada sofrimento*”², não informando sobre

as alternativas não farmacológicas e criando insegurança sobre o estado de saúde de cada um^{2,8}. Assim, sintomas físicos ou emocionais que antes eram considerados normais, como alterações do sono, tristeza, stress, calvície, disforia pré-menstrual, redução da atividade sexual, menopausa, timidez/fobia social², são considerados como doença originando grande tendência para a medicalização⁹. A medicalização dos problemas do dia-a-dia leva a excesso de intervenção médica, interessando sobretudo à indústria farmacêutica; é por isso natural que a IF também tente influenciar os médicos para esta situação, recorrendo a líderes de opinião e a formação patrocinada pela IF². A influência da IF sobre a prática médica e sobre os comportamentos dos utentes é algo com que teremos de estar preparados para lidar¹⁰.

Miguel Melo² afirma que vivemos numa época em que os FR se transformam eles próprios em doenças; é por isso muito comum que a abordagem dos FR seja associada muitas vezes a uma intervenção excessiva bem como à sua medicalização^{6,7,8,9,11}. Atribui-se frequentemente aos FR causalidade da doença, ignorando que os FR não são nem causa suficiente nem causa necessária para o aparecimento de doença. De forma que prevenir intervenções excessivas sobre FR é uma questão ética da prática clínica. Devemos procurar conhecer as medidas epidemiológicas que medem o benefício para o indivíduo como o “*Risco Absoluto*”, e não a “*Redução de Risco Relativo*” que habitualmente nos apresentam, e o “*Número Necessário a Tratar*”, que nos diz quantos pacientes necessitamos de tratar para obtermos o benefício num doente^{2,3,11}.

● A ética da prevenção.

Alberto Pinto Hespanhol e colaboradores¹² lembram-nos que sempre que alguém toma decisões pelo outro, o outro não está a ser autónomo. O modelo paternalista dá primazia aos valores do médico. A autonomia do paciente só é garantida se o paciente participar nas decisões da consulta. Este problema do foro ético terá sido, de forma explícita ou implícita, um dos principais fatores impulsionadores da evolução do modelo de consulta e do modelo de decisão médica¹².

Neste contexto, Alberto Pinto Hespanhol e colaboradores¹² centram a sua reflexão na componente preventiva da consulta de Medicina Geral e Familiar, atendendo aos problemas éticos que a Medicina Preventiva pode aí levantar. Aplicar um determinado teste a uma pessoa saudável e que se sente saudável, teste esse que pode acarretar desconforto físico e psicológico já levanta problemas éticos “*per se*”, quanto mais se for “*imposto*” ao paciente no contexto de uma consulta que siga o tradicional modelo paternalista. A prática de uma medicina em que as decisões sejam partilhadas com os pacientes, enriquecida por uma correta comunicação com o paciente e que envolva os seus valores, surge como uma verdadeira salvaguarda dos princípios éticos no exercício da Medicina Preventiva¹².

A Medicina Preventiva coloca-nos também desafios mais complexos, basta pensar nos desafios que a investigação científica no campo da genética coloca⁵³. Contudo, parece que a melhor prática será a que seguir o respeito pelos princípios éticos¹².

Linn Getz e colaboradores¹³ lembram-nos que a maioria dos médicos especialistas assim como as autoridades de saúde consideram as consultas de cuidados de saúde primários como o local ideal para a promoção da saúde e prevenção de doenças. É assim esperado que os médicos de família discutam medidas preventivas mesmo quando são outras as razões para o contato. Mas são essas iniciativas oportunistas eticamente justificáveis na medicina ocidental contemporânea? Linn Getz e colaboradores¹³ argumentam que os médicos de família devem manter um foco claro sobre os motivos que levam cada paciente a procurar ajuda, em vez de se distraírem com uma lista crescente e padronizada de medidas preventivas com relevância imprevisível para cada indivíduo em concreto.

David Sackett¹⁴ afirma que a medicina preventiva exhibe todos os três elementos da arrogância. Primeiro, é agressivamente assertiva, perseguindo indivíduos assintomáticos para lhes dizer o que devem fazer para permanecerem saudáveis¹⁴. Ocasionalmente, invoca a força da lei, para imunizações e uso de cinto de segurança. Em segundo lugar, a medicina preventiva é presunçosa, porque confia cegamente que as intervenções que defende fazem mais bem do que mal a todos aqueles que a elas aderem¹⁴. Finalmente, a medicina preventiva é arrogante, atacando aqueles que questionam o valor das suas recomendações¹⁴.

Embora se possam fazer as mesmas acusações à medicina “*curativa*” paternalista, perante pacientes sintomáticos que procuram cuidados de saúde, as duas disciplinas são absoluta e fundamentalmente diferente nas suas obrigações e promessas implícitas para com os indivíduos cujas vidas pretendem modificar¹⁴. Quando os pacientes nos procuram para que os ajudemos nas suas doenças, já estabelecidas e sintomáticas, apenas lhes prometemos fazer o nosso melhor e nunca garantimos que as nossas intervenções os vão curar, isto apesar de muitas das nossas intervenções serem validadas em estudos randomizados¹⁵. Mas, quando prescrevemos intervenções de prevenção a indivíduos saudáveis e os exortamos a elas aderirem, a promessa que fazemos é que vai ser o melhor para eles¹⁶. Esta afirmação é imodesta, e só eticamente justificada se o nível de evidência for o maior possível de que a ação preventiva é, de facto, fazer mais bem do que mal, e de preferência baseada em estudos randomizados¹⁴. Sem evidência de ensaios clínicos randomizados e, melhor ainda, revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados, não se pode justificar qualquer intervenção de saúde em indivíduos saudáveis, mesmo se prematuros. Existem múltiplos exemplos de intervenções preventivas que se vieram a manifestar desastrosas e inadequadas, como por exemplo a administração de oxigénio a prematuros saudáveis causando fibroplasia retrolental¹⁴.

- **A ética dos indicadores.**

Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández¹⁷ afirmam que os médicos têm um crédito social enorme. Por exemplo, os nossos pacientes acham que temos sempre alguma resposta para os seus problemas. Em geral acreditam que nós sabemos e que nos mantemos atualizados. Por isso, obtêm das melhores classificações em pesquisas sociais sobre a confiança do público nos profissionais, geralmente ao nível dos cientistas, e bem longe dos piores classificados (os políticos)¹⁷. E recordam que são logo os piores avaliados pela

população (os políticos) que determinam a nossa forma de trabalhar, que decidem sobre a nossa organização e estrutura¹⁷. Eles decidem sobre a maneira como nos contratam e os meios que nos fornecem¹⁷. Eles definem o método de pagamento de médicos, e o valor final da nossa prescrição por diferentes conceitos¹⁷. Eles de alguma forma determinam a nossa reputação, o nosso crédito social, porque, numa sociedade de mercado global são muito importantes a forma de pagamento e o montante dos rendimentos¹⁷.

Juan Gervas e Mercedes Pérez Fernández¹⁷ afirmam que além disso, a forma de pagamento é crucial para a prática clínica. Com o salário pagam o nosso tempo¹⁷. Com a capitação a saúde dos nossos pacientes¹⁷. Com o pagamento por ato a nossa atividade¹⁷. No entanto, nenhuma forma de pagamento é a ideal, mas parece que o pagamento por capitação, contendo os custos sem prejudicar a qualidade, pode ser o melhor sistema de pagamento¹⁷. De fato, nos países com melhores resultados de saúde e com bons cuidados de saúde primários (CSP), os médicos são pagos por capitação^{17,18}. Claro, a capitação é sempre combinada com outras formas de pagamento, porque normalmente não cobre mais do que metade da remuneração mensal dos médicos de família¹⁷. A característica da capitação é que esta está sempre associada com a existência de uma lista de pacientes, a lista por cujos componentes se paga um “*per capita*”, e a função de filtro (“*gatekeeper*”) dos CSP, acesso dos pacientes a especialistas hospitalares através do médico de família¹⁷. Em qualquer caso, as três formas de pagamento referidas podem-se complementar umas às outras.

Miguel Melo e Jaime Correia de Sousa¹⁹ afirmam que o desenvolvimento da Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal nos últimos vinte anos tem sido acompanhada pelo debate em torno da otimização dos modelos organizacionais e, conseqüentemente, dos sistemas retributivos com eles relacionados que permitam uma retribuição mais justa dos profissionais, ao mesmo tempo que se associam a uma melhoria da qualidade da prática clínica¹⁹.

Num documento de 1998, a «Declaração da Madeira»²⁰, a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) defendeu o princípio da avaliação individual de desempenho numa “*perspetiva voluntária e periódica, sendo necessário identificar em reuniões de trabalho, por métodos de consenso, quais os parâmetros e indicadores a utilizar, construir uma matriz de referência para este processo de avaliação de desempenho e organizar um dispositivo de apoio logístico à sua operacionalização, registo e certificação apoiado em protocolos de orientação clínica, baseados em critérios de evidência científica*”¹⁹.

Com a designação de indicadores de monitorização para a contratualização, os indicadores de desempenho são pela primeira vez consagrados em diploma legislativo português, no Despacho Normativo n° 9, de 2006^{19,21}. Os elementos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) desenvolveram um conjunto de indicadores a utilizar no acompanhamento e contratualização com as USF que deram origem ao documento “*Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar*”^{19,22}.

O pagamento por desempenho (PpD), do termo inglês “*Pay for Performance (P4P)*” é o modelo de retribuição dos profissionais de saúde em que estes auferem uma retribuição variável em função do atingimento de determinadas metas pré-estabelecidas para a prestação de cuidados de saúde^{19,23}. Em muitos sistemas de saúde este método de

remuneração correspondeu a uma evolução do modelo de pagamento por ato. O PpD pode coexistir com outras formas de retribuição dos profissionais, nomeadamente com pagamento ligado à capitação, algumas formas de pagamento ao ato e componentes de vencimento fixo^{19,24}. A Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril do Ministério da Saúde²⁵ estipula que *“a contratualização de metas de desempenho com as USF deve conduzir, por si só, a esforços tangíveis na melhoria dos níveis da acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as USF que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporados no sistema de saúde”*^{19,25}.

Apesar das diversas manifestações políticas de apoio ao desenvolvimento do PpD, existem na literatura diversos estudos que põem em causa as vantagens do sistema de PpD^{19,26,27} ou levantam questões éticas pertinentes^{19,28,29}. Numa revisão sobre o tema, Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández¹⁷ mencionam alguns efeitos do PpD, entre os quais o perigo do aumento das “cascatas” diagnósticas e terapêuticas. O pagamento por desempenho apresenta problemas éticos, entre os quais o risco de que o trabalho clínico se passe a centrar no seu cumprimento e que os doentes em cujo seguimento o cumprimento dos indicadores se realize com dificuldade sejam afastados, modificando-se assim a relação médico-doente, por o ato clínico se centrar no cumprimento dos indicadores e não nas necessidades do paciente¹⁷.

Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández¹⁷ afirmam que começou em 1994, na Austrália, uma nova forma de pagamento médico, que incluía um incentivo para o desempenho, que rapidamente se espalhou para o Canadá, EUA, Nova Zelândia e Reino Unido, entre outros países. É um incentivo de qualidade, para que certos atos sejam feitos como é esperado que o sejam (agindo de acordo com certas regras), e não simplesmente pagar pelo ato. Com este pagamento, que combina qualidade e quantidade, “*pay for performance* (P4P)”, são encorajadas as atividades selecionadas, consideradas como mais convenientes¹⁷. Procura-se, assim, “*forçar*” o médico, e no fundo expressa-se uma filosofia de profunda desconfiança no médico. Desconfiança fundada, já que em muitos casos os pacientes são muito inocentes, e de boa fé desconhecem que os médicos não fornecem os cuidados necessários em quase metade dos casos¹⁷. Com o pagamento por desempenho (PpD) já não se supõe uma boa qualidade, mas em alguns aspetos específicos exige-se¹⁷. No entanto, alguns autores referem que o PpD produz poucos ganhos em qualidade para o investimento que é feito e que irá apenas recompensar os que têm um elevado nível de desempenho¹⁹; outros mencionam que não é possível demonstrar a efetividade do sistema³⁰. Mas, em todo o caso, nos estudos revistos parece haver algum efeito positivo do sistema PpD^{19,31}.

A Cochrane Collaboration publicou em 2011 uma revisão³² cuja principal conclusão foi que não há provas suficientes para apoiar ou não apoiar o uso de incentivos financeiros para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários.

O uso de esquemas mistos de pagamento nos cuidados de saúde primários, incluindo o uso de incentivos financeiros para recompensar diretamente a “*performance*” e a qualidade (P4P) está aumentando em vários países. Existem, quer nos Estados Unidos quer no Reino Unido, exemplos da reforma de todo o sistema remuneratório. Apesar da popularidade

desse sistema, não há atualmente evidência rigorosa do seu sucesso na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde primários, ou de saber se essa abordagem é custo-efetiva em relação a outras formas de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde³².

- **A ética da negativa. Saber dizer não a pedidos inapropriados por parte dos pacientes e a orientações inapropriadas de pares ou de superiores:**

Isabel Santos³³ recorda-nos que, frequentemente é pedido aos médicos de família (MF) a emissão de diversos tipos de atestados, certificados e declarações que pouco se relacionam com a melhoria do estado de saúde ou o alívio do sofrimento dos seus pacientes³⁴. Grande parte destes pedidos relaciona-se com o acesso a benefícios diversos: isenção de taxas moderadoras, comparticipação de medicamentos, ajuda de terceira pessoa ou complemento de reforma, renovação de cartas de condução, justificação de faltas, ingresso em serviços, certificados de incapacidade temporária, certificados de robustez para seguros de saúde, compra de casa, prática desportiva³⁵. Estes pedidos por vezes são razoáveis e justificam-se, como no caso de um certificado de incapacidade temporária num doente que sofreu um acidente vascular cerebral e que está a recuperar de sequelas neurológicas ou num paciente com uma pneumonia. No entanto, outras vezes pode-se considerar alguns destes pedidos como sendo inapropriados³³.

Isabel Santos³³ afirma que podem considerar-se como desapropriados os pedidos que ultrapassam os limites da relação médico-doente, o campo de conhecimentos do médico ou que requerem que o médico diga uma mentira, manipule ou camufle a verdade para atingir os objetivos do paciente. São disto exemplo, o pedido de uma tomografia axial computadorizada (TAC) para confirmar uma cefaleia de tensão ou o pedido de falsificação de informação ou de omissão de dados relevantes numa declaração médica obrigatória³³. No entanto, nem sempre é fácil esta classificação. A principal dificuldade prende-se com a falta de consenso, na profissão médica, sobre as finalidades da Medicina³³. É consensual que a medicina deve prevenir a doença, aliviar a dor e o sofrimento, cuidar dos doentes e prevenir a morte prematura; no entanto, o mesmo já não acontece relativamente a outros objetivos³⁶. Cabe ao médico fazer as pessoas felizes? Assegurar a sua satisfação? Resolver os seus problemas financeiros? Assegurar o seu acesso aos cuidados de saúde?³³

Isabel Santos³³ realça a não concordância dentro da profissão médica relativamente às finalidades da Medicina conduz ao desacordo sobre os meios a utilizar pelos médicos para ajudar os pacientes a atingir essas finalidades. A visão sobre qual é o papel do médico pode ser restritiva ou mais ampla. A visão restritiva legitima o médico só para fazer diagnósticos e iniciar tratamentos baseados na sua competência técnica. Pelo que o seu envolvimento em questões pessoais, sociais ou culturais do seu paciente está fora de questão³³. A visão mais ampla considera que a atuação do médico deve considerar as causas e os contextos dos problemas de saúde apresentados^{33,36,37}. De que serve medicar um idoso para a hipertensão arterial se vive sozinho e se esquece de tomar os medicamentos? De que servirá tratar uma agudização de asma brônquica se a pessoa não tem dinheiro para comprar os medicamentos?³³

Na comunicação social surgem, ocasionalmente, notícias de casos de atestados falsos. No entanto desconhecemos a prevalência destes pedidos ou de outros pedidos do género. Apesar disso há alguns textos escritos sobre o assunto³⁸ e sabemos que existem intimidações feitas a médicos para que estes emitam diversos tipos de certificações. Isabel Santos³³ afirma que não sabemos quase nada de como os médicos, efetivamente, respondem a este tipo de solicitações. Mas, sobre a forma como dizem responder, sabemos alguma coisa, sobretudo no cenário americano³⁴. Na maioria desses estudos, os profissionais interrogados mostram-se disponíveis para forjar situações que justifiquem o pagamento de exames de rastreio pelas seguradoras, substituindo a palavra rastreio pela palavra diagnóstico de possível tumor ou mudando o diagnóstico de uma doença para efeitos de reembolso. Vários estudos demonstram que os médicos de uma forma geral são, em diversas circunstâncias, bastantes permissivos no uso da “*mentira bondosa*” ou em “*mascarar algumas verdades*”³³.

Há um vasto conjunto de razões para que um médico possa responder afirmativamente a um pedido inapropriado³⁹. Em primeiro lugar é mais fácil dizer SIM do que NÃO. E Isabel Santos³³ recorda que os médicos fogem dos conflitos. O papel de advogado que o médico de família tem relativamente aos seus pacientes leva muitos médicos a não serem capazes de recusar aos seus utentes qualquer pedido. Quando o médico vive no mesmo local onde exerce clínica pode ainda ser mais difícil não satisfazer este tipo de pedidos. Por outro lado, alguns médicos consideram injustas muitas leis laborais, de segurança social, de contribuições e impostos e por isso justifica-se o uso de artifícios para contornar algumas regras mesmo que isso implique mascarar a verdade³³. Os médicos consideram que estão a servir os interesses médicos do paciente quando aumentam a gravidade de uma doença ou quando, por exemplo, conferem risco a uma gravidez para que uma mulher em final de tempo, empregada de limpeza, no pico do Verão, não tenha que ir efetuar trabalhos considerados pesados³³. Por último, refere Isabel Santos³³, pode acontecer que um médico sinta que mascarar a situação real do seu paciente, relativamente a terceiros, contribui para aumentar a relação terapêutica de confiança com o mesmo. Nestes casos os médicos consideram que os benefícios que possam vir a ser alcançados são de valor superior à falsidade que é considerada pequena³³.

As justificações anteriores mostram que os médicos, nomeadamente os médicos de família, têm obrigações e lealdades que podem ser antagónicas ou conflitantes. Avaliar estes deveres pode ser difícil e a maneira como os médicos decidem agir depende da forma como compreendem o seu papel e as suas responsabilidades face aos doentes e à sociedade³³. Para clarificar os conflitos subjacentes é importante analisarem-se os princípios e valores que estão na sua base.

Na versão do Juramento de Hipócrates da “*British Medical Association*” afirma-se o seguinte princípio: “*Considerarei a saúde do meu doente como o meu primeiro cuidado*”⁴⁰. No entanto, embora os interesses dos pacientes sejam centrais como justificação de todo e qualquer ato médico, é errado pensar que os médicos não servem outros interesses. Para o efeito basta ler o Código Deontológico da Ordem dos Médicos⁴¹. Os pacientes não são sempre os primeiros interessados dos serviços que lhes prestamos. Por isso convém classificar os pedidos e as justificações de acordo com a natureza pública ou privada das instituições a que se destinam. Isabel Santos³³ recorda que quando preenchemos um atestado para

o desporto, um atestado sobre a condição física dum doente para efeitos de empréstimo bancário ou para um seguro de saúde, um atestado para a ginástica, para a creche ou para a carta de condução estamos a cumprir um papel de peritos para terceiros. Este papel, mal compreendido, envolve lealdade a diferentes partes, em geral, com conflito de interesses. Quando o paciente solicita que lhe seja passado um atestado em como não pode fazer hidroginástica porque tem epilepsia e o médico passa, não há conflito de interesses. No entanto este mesmo paciente pode já não querer que se mencione essa informação quando se trata de obter uma carta de condução³³. Quando o paciente solicita ao médico que interceda junto da Segurança Social ou de outro organismo para obter uma ajuda técnica (cadeira de rodas, tripé, etc.) e o médico sabe que o paciente tem possibilidades económicas para alugar ou comprar essa ajuda técnica, o médico terá que decidir se proporciona uma justa distribuição de bens, que são escassos, e se os pacientes os obtêm ou não³³.

Não ser verdadeiro pode lesar a relação médico-doente. A mentira, mesmo a bem intencionada pode levar à perda de confiança no médico, pois acabará por diminuir a credibilidade deste aos olhos do paciente³³. Se os médicos mentem por si porque não lhes mentirão também a ele? Pode lesar os pacientes e quem se tenciona ajudar³³. Se o médico exagera uma debilidade, uma deficiência ou incapacidade quando o paciente quiser usufruir mais tarde de um seguro de saúde, isso pode trazer-lhe diversas complicações. Pode prejudicar outros pacientes³³. Todos os sistemas têm recursos finitos. Pode magoar os próprios médicos. Quando um clínico mente toda a classe é atingida. A credibilidade e os valores morais dos médicos são atingidos³³.

Isabel Santos³³ afirma que a nossa intuição moral é uma ótima forma de reconhecer problemas éticos. Outra forma que temos para reconhecer procedimentos menos éticos é quando nos sentimos desconfortáveis em partilhar essas experiências com outros colegas³³. Outra forma de reconhecer questões difíceis, de duplo vínculo, é ponderar sobre os aspetos particulares do pedido que nos parecem problemáticos. Quando não conseguimos tomar um caminho podemos sempre perguntar ao paciente³³:

- O que me está a pedir é honesto?³³
- Existem outras formas de lhe ser útil sem ter que mentir ou ser desonesto?³³

E como afirma Isabel Santos³³ algumas destas perguntas não só esclarecem os objetivos do doente como transferem a responsabilidade para ele. A maioria dos conflitos resolve-se dialogando.

António Lourenço⁴² recorda-nos que os médicos de família (MF) também são frequentemente confrontados com pedidos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e de tratamentos (incluindo terapêuticas farmacológicas) por parte dos pacientes, no que pareceria impensável num passado relativamente recente. Tal facto é muitas vezes interpretado como intromissão, quiçá intolerável, no próprio ato clínico, e gerador de potenciais conflitos⁴².

Nos últimos anos observou-se a evolução do paradigma da prática médica para uma maior capacidade de escolha e decisão por parte dos pacientes. O empoderamento, do inglês “*empowerment*”, e a capacitação dos pacientes são, no limite, uma consequência

da interiorização na sociedade e nos indivíduos dos conceitos de identidade e de autonomia. Segundo António Lourenço⁴² a evolução do significado destes conceitos está ligada ao desenvolvimento da Bioética nos últimos 30 a 40 anos, com importantes aplicações e consequências na Medicina Clínica.

O pedido de testes e tratamentos por parte dos pacientes e utentes merece, pois, uma reflexão sobre fronteira entre o exercício da Medicina Clínica, e a autonomia dos pacientes.

Segundo António Lourenço⁴² todos os MF já experimentaram as inúmeras possibilidades de pedidos de MCDT pelos utentes; desde um número muito variável de análises de rotina, à repetição de radiologias ou ecografias, por exemplo, com o suposto intuito de monitorizar uma patologia ou determinada malformação anatómica, muitas vezes sem verdadeiro significado clínico, até ao pedido de exames como TAC ou RMN. Estes pedidos assumem formas bem diversas, desde a formulação, por vezes não fundamentada, de outros clínicos, até pedidos alicerçados em informações mais ou menos avulsas, divulgadas nos meios de comunicação social. Os mesmos circunstancialismos são aplicáveis ao pedido de tratamentos⁴².

Perante um pedido de testes ou tratamentos, uma das primeiras questões que o médico deve abordar é, não enveredando de imediato pela rejeição do solicitado, tentar compreender o verdadeiro significado do pedido. Aqui, no decorrer do ato médico, António Lourenço⁴² afirma que ganha um sentido particular um dos primados da teoria da responsabilidade de Hans Jonas⁴³: que o objeto primário da responsabilidade são os outros sujeitos humanos.

Alguns autores referem que quando os pacientes expressam desapontamento por não irem receber os tratamentos ou MCDT de que estariam à espera, estarão a exprimir dúvidas acerca dos motivos ou causas da sua doença, do racional da terapêutica, ou da própria relação médico–doente⁴⁴. Uma das questões que se coloca é se existe paternalismo ou responsabilidade partilhada entre profissionais e pacientes, e nomeadamente, no caso dos medicamentos deve acautelar-se o direito do paciente à informação, não só para o correto uso dos medicamentos, mas para a respetiva assunção de riscos, além, naturalmente, da sua responsabilidade no consumo de fármacos⁴². Há também quem inequivocamente afirme que, para além de muitos outros benefícios, incluindo a melhoria efetiva nos resultados atingidos, ser informado pelo seu médico e participar ativamente numa tomada de decisão será a primeira das prioridades do paciente⁴⁵.

António Lourenço⁴² recorda que além da apreciação da forma e do conteúdo, o pedido efetuado pode constituir um indicador de disfunção, não só do utente ou da sua família, mas igualmente do próprio sistema de saúde, eventualmente da consulta do próprio médico de família (MF) por má acessibilidade. Assim é eticamente fundamental a avaliação da razoabilidade clínica do pedido. Um pedido não deve ser recusado apenas porque é solicitado de forma menos adequada. O que está em causa é a saúde do paciente, pela qual o MF também tem responsabilidade social. A avaliação e a decisão sobre o pedido deve também equacionar a natureza do mesmo face a uma hipotética iniciativa do próprio MF, de outro médico ou de outro profissional de saúde não médico, ou até de leigos, bem como a resposta existente às necessidades sentidas pelo paciente⁴².

Perceber e enquadrar o significado de um pedido pode colocar à prova a relação médico-doente e, segundo António Lourenço⁴², confronta duas autonomias que não devem ser antagónicas, mas complementares. Assim não deve ser esquecido que o significado do pedido deve, portanto, ser enquadrado no âmbito global da relação médico-doente, bem como em linhas de orientação técnica existentes e na melhor evidência disponível sobre a matéria a que se refere, tendo como substrato essencial a efetividade/eficiência⁴². Aqui, a autonomia de decisão do profissional de saúde não pode corresponder a uma atitude rígida, mas atenta ao atributo da flexibilidade, não deixar de ter presente todas as vertentes, balizadas pela ética própria da sua atividade profissional e do bem último de responder a reais necessidades dos pacientes.

O envolvimento do paciente na decisão clínica é tarefa complexa, podendo ter matrizes bem diversas, que podem influenciar a forma como se desenrolará essa relação. A decisão clínica poderá ir desde a clássica árvore de decisão, raramente utilizada na prática clínica, até à decisão baseada na experiência individual e no senso clínico. Neste sentido, pode falar-se no limiar de futilidade para uma decisão e qual a métrica do cuidado útil⁴⁶. Numa perspetiva complementar, afirmar que a resposta positiva a um pedido de testes ou tratamentos não deve ser fútil, e pode até questionar o tipo de cuidados úteis prestados⁴².

É possível que muitas das discussões que conduzem à tomada de decisões em cuidados de saúde primários não preencham os critérios considerados aceitáveis para uma tomada de decisão informada, respeitando a autonomia partilhada. Os médicos frequentemente descrevem a natureza da decisão, menos frequentemente discutem os riscos e benefícios, e raramente avaliam a compreensão do paciente acerca do problema⁴⁷. A importância desta questão na prática da Medicina Geral e Familiar é, por demais, evidente.

Perante um pedido de testes ou tratamentos por parte do paciente, após audição atenta acerca do respetivo motivo, cabe ao médico, informar o mais corretamente possível, quer no que se refere ao conteúdo científico, quer à forma de veicular essa informação; deve também orientar a ponderação das várias possibilidades, pesando, os prós e os contras, e recomendar uma determinada ação, tendo como objetivo último, numa perspetiva ética, o bem último do paciente⁴². Naturalmente, e perante o já referido, não só é desejável, como constitui uma norma de boa prática clínica, que haja discussão construtiva do motivo do pedido, e que a responsabilização da decisão a tomar, seja num espírito de autonomia partilhada. E António Lourenço⁴² lembra que essa responsabilização não deve corresponder a uma demissão do papel do médico, nem ser desviada para os ombros do paciente, numa tentativa, mal orientada, para respeitar a autonomia. O paciente ou a sua família podem, obviamente aceitar ou rejeitar a recomendação do médico, no entanto, dificilmente será clinicamente ou eticamente aceitável a possibilidade do paciente ter direito a qualquer exame ou tratamento comprovadamente fútil ou desnecessário⁴⁸.

- **A ética da referênciação.**

Rosalvo Almeida e Raquel Braga⁴⁹ lembram-nos que a referênciação dos utentes é a chave-mestra da continuidade de cuidados. A própria noção de continuidade de cuidados é uma das facetas da multidisciplinaridade da Medicina e da imperiosa necessidade de comunicar. A comunicação de dados clínicos, nos diversos trajetos percorridos pela pessoa doente, é hoje muito diferente do que acontecia com as chamadas “*conferências médicas*” do século passado⁴⁹.

O artigo 18.º do Regulamento de Conduta nas Relações entre Médicos, da Ordem dos Médicos¹ determina que “*o médico assistente que envie doente a hospital deve transmitir aos respetivos serviços médicos os elementos necessários à continuidade dos cuidados clínicos*”⁴⁹ e que “*os médicos responsáveis pelo doente no decurso do seu internamento hospitalar, devem prestar ao médico assistente todas as informações úteis acerca do respetivo caso clínico*”⁴⁹. A enunciação destes deveres de conduta não tem, no entanto, uma tradução tão concreta e efetiva como seria desejável. São frequentes as acusações recíprocas que médicos de família e médicos hospitalares expressam quando se referem à pobreza dos dados que acompanham os “*seus*” pacientes, quando os recebem. Resulta deste diferendo um conjunto preocupante de consequências: duplicação de exames, atrasos de diagnósticos e de tratamentos, acréscimo global de despesa, assimetrias injustificadas na alocação de recursos, dificuldades de incluir os doentes no processo de decisão e participação no tratamento, entre outras⁴⁹.

Os critérios do *Royal College of General Practitioners* (RCGP) para a definição de padrões de qualidade de prática clínica da especialidade de MGF no Reino Unido⁵⁰ na área da referênciação incluem a demonstração de que as referênciações para outros níveis de prestação de cuidados são acompanhadas de toda a informação necessária para o especialista hospitalar fazer uma avaliação apropriada e eficiente do problema do paciente⁴⁹.

Em relação à continuidade de cuidados, um dos critérios considerados necessários pelo RCGP⁵⁰ para a revalidação da certificação dos médicos de família ingleses como executantes de uma boa prática clínica é a demonstração da existência de uma política de encorajamento de continuidade de cuidados, nomeadamente pela verificação de que existe um sistema de transferência e de tratamento da informação proveniente de outros médicos⁴⁹.

Rosalvo Almeida e Raquel Braga⁴⁹ recordam que estas boas práticas condicionam um mecanismo eficiente para prestar cuidados continuados de saúde. Permitem fazer uma melhor gestão das listas de espera de modo a não serem sobrepostos ou duplicados os cuidados prestados. Ao mesmo tempo é transferida e partilhada a responsabilidade entre os vários intervenientes no processo de referênciação.

A desarticulação de cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e os Hospitalares gera uma utilização ineficiente dos recursos, que na área da consulta externa influencia o aparecimento das listas de espera⁴⁹.

¹Ver portal oficial da Ordem dos Médicos, disponível em <http://www.ordemdosmedicos.pt/index.php?loq=contedo&op=577bcc914f9e55d5e4e4f82f9f00e7d4>

A falta de cumprimento do dever deontológico de bem referenciar tem, naturalmente, várias explicações, mas como realçam Rosalvo Almeida e Raquel Braga⁴⁹ a profissão médica tem uma dimensão ética, com um ascendente histórico-social muito marcante embora esteja, aparentemente, em fase de atenuação relativa. Esta noção, difícil de definir com rigor, faz com que a sociedade em geral reconheça nos médicos uma especial responsabilidade e reaja, talvez mesmo com maior intensidade do que no caso de outras profissões, quando identifica uma falha ética.

A existência de um código deontológico e de uma entidade como a Ordem dos Médicos, com o seu papel regulador do exercício profissional, não parece ser suficiente para colmatar uma relativa falha de formação, pré e pós-graduada, no campo da ética médica⁴⁹.

O ensino e treino atual sobre matérias como a confidencialidade e a autonomia dos pacientes, ligada aos limites da independência e da responsabilidade profissional, é uma boa explicação para algumas das dificuldades que muitos sentem em lidar com o assunto. Rosalvo Almeida e Raquel Braga⁴⁹ consideram que esta é uma área a merecer estudos aprofundados.

● A ética da investigação, publicação e autoria.

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (CES-ARSN)⁵¹ afirma que mesmo tendo como objetivo o desenvolvimento de conhecimento que possa contribuir para melhorar a saúde das pessoas, a investigação clínica precisa de preencher requisitos éticos que assegurem que: (a) ao contribuírem para o bem comum, os seres humanos participantes (diretamente ou através do estudo dos seus dados pessoais) são tratados com respeito e em segurança; (b) os recursos de saúde e investigação são usados de forma racional; (c) a metodologia para obtenção de conhecimento “novo” é cientificamente válida e generalizável⁵¹. Os princípios éticos subjacentes a estes requisitos, que devem ser observados na investigação em cuidados de saúde primários, incluem:

1. Uso responsável e racional dos recursos finitos para investigação, canalizando-os para projetos com potencial para melhorar a saúde o bem-estar das populações, o conhecimento científico ou a aplicabilidade de determinada intervenção⁵¹.
2. A não exploração dos seres humanos participantes, poupando-os quer a riscos, quer a sobrecargas infrutíferas ou desproporcionadas para os benefícios, sociais ou científicos, que se esperam obter. Mesmo não implicando intervenções ou propriamente riscos para a saúde, toda a investigação realizada a partir de instituições de prestação de cuidados representa uma sobrecarga para os participantes (que, não raro, são pessoas doentes ou de algum modo vulneráveis), assim como para os profissionais que aí trabalham⁵¹.
3. A igualdade e justiça no tratamento, bem como no assumir de riscos e benefícios da investigação⁵¹.

4. A beneficência ou a obrigação moral de agir em prol do benefício do outro⁵¹.
5. A não-maleficência ou o dever de não prejudicar o outro⁵¹.
6. A autonomia das pessoas, respeitando as suas opções, valores e interesses, quer sobre o seu corpo, quer sobre os seus registos de saúde⁵¹.

As normas internacionais a considerar para a validação ética dos estudos de investigação incluem a Declaração de Helsínquia⁵², a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina⁵³, as orientações do Council for International Organizations of Medical Sciences⁵⁴ e o Guia das Boas Práticas Clínicas (ICH, GCP)⁵⁵.

Rosalvo Almeida, presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte entre 2009 e 2011, publicou na Revista Portuguesa de Clínica Geral uma carta aberta a um jovem investigador clínico⁵⁶. Nela afirma que, nos tempos que correm, é cada vez mais frequente a realização de estudos de investigação clínica nas unidades de saúde da área dos cuidados primários. Que quase todos esses estudos são de tipo observacional, quantitativos, transversais. Sendo questionários aplicados a utentes, familiares e cuidadores ou a profissionais de saúde. E que a grande maioria se insere no contexto de graduações académicas, mestrados ou doutoramentos⁵⁶.

Rosalvo Almeida⁵⁶ afirma que a realização destes estudos depende naturalmente da autorização dos dirigentes das unidades onde se concretizam, cabendo aos Conselhos Clínicos dos ACeS especiais competências na matéria, segundo o Artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 28/2008⁵⁷. Em algumas ARS foram criadas Comissões de Ética para Saúde (CES) tendo em vista emitirem pareceres que ajudem os dirigentes nas suas decisões. No entanto, há quem pense que os estudos observacionais ou seja, aqueles em que não há intervenção sobre os participantes não carecem de parecer ético. Todavia, esta opinião assenta em alguns equívocos que importa esclarecer⁵⁶. Em primeiro lugar, convém clarificar que os pareceres das CES não são vinculativos nem obrigatórios, os dirigentes são livres de deferir ou indeferir os pedidos de autorização qualquer que seja o sentido dos pareceres da CES e, por outro lado, podem decidir sem pedir parecer. Por sua vez, aos investigadores também interessa terem um parecer de uma CES pois algumas revistas o exigem⁵⁸. Em segundo lugar, o papel das CES é zelar pelos direitos e interesses dos participantes. Deste modo as comissões apreciam os projetos, verificam os conteúdos dos inquéritos e as metodologias, nomeadamente quanto à forma como os participantes são convidados e recrutados, confirmam os compromissos de confidencialidade e anonimato, reconhecem a pertinência e relevância dos objetivos. Ora, estas finalidades da apreciação de projetos são independentes do tipo de estudo e são manifestamente importantes, sejam os estudos observacionais, experimentais ou outros^{56,59}.

Rosalvo Almeida⁵⁶ recorda também, que corre a opinião de que em estudos observacionais não há necessidade de obter, por assinatura de documento, o consentimento informado dos participantes. Aparentemente este outro equívoco resulta de um entendimento desfocado do que é o consentimento informado, é afinal só olhar para a palavra “*consentimento*” e menorizar a palavra “*informado*”⁵⁶. A utilização para fins de investigação de dados pessoais e de depoimentos dos participantes, sejam pacientes ou

profissionais de saúde, implica que os investigadores se comprometam a não os utilizar para outros fins, garantam não identificar os participantes na publicação dos resultados, expliquem em que consiste o estudo, não escondam os eventuais incómodos causados pelo estudo, etc. É por isso que um documento formal para dar informações e obter consentimento se torna necessário. Ele representa uma forma de “*contrato*”⁵⁶ entre investigador e participante, feito em duplicado, em que cada parte fica com uma via assinada por ambos, o primeiro “*outorgante*”⁵⁶ guarda-o para provar que pediu e obteve consentimento perante eventuais auditorias; o segundo “*outorgante*”⁵⁶ guarda-o para reler, revogar se assim o entender ou reclamar se verificar eventual incumprimento do garantido. É óbvio que a linguagem deverá ser tão simples quanto possível, livre de termos técnicos (exceto quando os participantes forem profissionais de saúde) e globalmente adequada à literacia dos participantes a recrutar⁶⁰.

Rosalvo Almeida⁵⁶ recorda que existe um outro ponto que dá origem a mal-entendidos, trata-se do anonimato dos dados tratados neste tipo de estudos. Quando os investigadores contactam diretamente com os participantes, não podem ignorar a sua identidade, mas o que se lhes pede é que mantenham o anonimato, nunca revelando a sua identidade⁵⁶. Esta garantia não se deve confundir com a anonimização de dados de saúde que consiste na entrega, por parte de instituições, normalmente a partir de fontes informáticas, de dados expurgados de elementos de identificação. Outra situação diferente será a dos inquéritos de autopreenchimento voluntário e anónimo com devolução indireta, por exemplo, devolução por correio ou introdução em caixa fechada, pois neste caso não há lugar a assinatura de documento de consentimento, pois assume-se que a sua devolução é voluntária manifestação de consentimento em participar.

Rosalvo Almeida⁵⁶ nota que a utilização de dados de saúde para fins de investigação, no respeito pela lei e pelos princípios da confidencialidade e privacidade, só é possível quando os respetivos titulares informada e expressamente o consintam ou quando os dados são fornecidos aos investigadores de modo anonimizado. Na impossibilidade de se conseguir qualquer das condições aqui referidas, um estudo pode ainda ser autorizado, se for efetuado por profissionais da própria instituição, com natural e habitual acesso aos dados, quando se revista de excecional interesse público e receba parecer favorável da Comissão de Ética local, segundo o artigo 4.º da Lei n.º 12/2005⁶¹.

Por fim, Rosalvo Almeida⁵⁶ afirma que quando os estudos são realizados por médicos do internato, colocados em fase de formação nas unidades de saúde onde decorram os estudos, e consistem em revisões casuísticas amplas, desde que seja garantido, nos respetivos protocolos de estudo, preservar o anonimato dos titulares e não pretendam criar uma base de dados com elementos de identificação pessoal dos pacientes, crê que poderão ser autorizados pelos Conselhos Clínicos dos ACeS, mediante o parecer favorável dos respetivos Orientadores de Formação, a quem aliás cabe também a supervisão do estudo e da sua integridade ética⁵⁶.

John Yaphé⁶² afirma que autor é alguém que tenha uma contribuição substancial para um artigo. O que inclui a conceção do tema, a escolha dos métodos, a colheita e análise dos dados, a escrita e aprovação final do artigo. Inclui ainda a responsabilidade pelo que está escrito, uma vez publicado. Estas diretrizes são apresentadas com maior detalhe

nos Requisitos Uniformes para a Submissão de Manuscritos a Revistas Biomédicas publicado pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICJME)*⁶³.

O ICJME⁶³ recomenda os seguintes critérios de autoria, que são os apropriados para revistas que distinguem os autores de outras contribuições para o artigo.

- A autoria deve ser baseada em: 1) contribuições substanciais para a concepção e metodologia do estudo, recolha, análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual do mesmo e 3) aprovação final da versão a ser publicada. Os autores devem satisfazer as condições 1, 2 e 3⁶³.
- Quando o trabalho foi realizado por um grande grupo multicêntrico, o grupo deve identificar os indivíduos que assumem a responsabilidade direta pelo manuscrito⁶³. Estes indivíduos devem satisfazer plenamente os critérios de autoria referidos no ponto anterior. E será a esses indivíduos que os editores vão pedir os formulários específicos de autoria e de conflitos de interesse. Ao apresentar um manuscrito da autoria de um grupo, o autor correspondente deve indicar claramente a citação preferida e identificar todos os autores individualmente, assim como o nome do grupo. As revistas geralmente listam os outros membros do grupo nos Agradecimentos. A *U.S. National Library of Medicine* indexa o nome do grupo e os nomes dos indivíduos que o grupo identifica como sendo diretamente responsáveis pelo manuscrito, e também lista os nomes de colaboradores se eles forem listados nos Agradecimentos⁶³.
- A recolha de fundos de financiamento, de dados, ou a supervisão geral do grupo de investigação não constitui por si só critério de autoria⁶³.
- Todos os indivíduos designados como autores devem cumprir os critérios de autoria, e todos aqueles que os cumprem devem estar listados⁶³.
- Cada autor deve ter uma participação suficiente no trabalho para assumir responsabilidade pública por parte do conteúdo⁶³.

John Yaphe⁶² afirma que as diretrizes referidas também indicam claramente quem não é autor. Não é suficiente o ter-se possibilitado que o estudo se efetivasse, para se ser um dos autores do estudo. Também não é suficiente o apenas se ter garantido o financiamento, a colheita de dados, o tratamento dos doentes, ou ser-se o chefe da equipa de investigação, para se garantir um lugar na lista de autores. Se além de ter executado essas tarefas, escreveu partes substanciais do artigo final e pode assumir a responsabilidade pelo que escreveu, então é um autor. O novo conceito de contribuição desafia o tradicional papel de autoria. Muitas revistas pedem detalhes sobre o papel e contribuição de cada elemento na condução do estudo e na escrita do artigo final para publicação⁶².

A ordem dos autores também pode ser uma questão complicada. John Yaphe⁶² recorda as palavras de seu pai, Professor Wilfred Yaphe, que costumava dizer: “*primeiro autor é o que escreve o primeiro rascunho*”⁶². Ele sabia quanto difícil era conseguir traduzir pela

primeira vez em palavras um projeto. O primeiro autor tem responsabilidades especiais e como tal goza de prémios especiais. O último autor é tradicionalmente o líder académico da equipa, mas isso varia. Leitores bem informados geralmente sabem quem é o líder do grupo. Ele deve ajudar a resolver as questões de autoria e a sua ordem logo nos estádios iniciais de um estudo. Isto pode ser escrito na proposta inicial de estudo ou no protocolo, explicando o que cada membro da equipa deve fazer para se tornar um autor. Por vezes autores saem da lista se deixam de ter um papel ativo ou de contribuir para o estudo. E por vezes há autores que são adicionados, como por exemplo, se um consultor de estatística forneceu conselhos valiosos que mudaram a interpretação dos resultados e o impacto do estudo através da aplicação de uma análise mais correta. Ele contribuiu assim para a reescrita de partes relevantes dos métodos, resultados e discussão, explicando o que esta nova análise permite concluir. Com o acordo de todos os autores existentes, deve ser adicionado à lista de autores⁶².

É um problema dar créditos a pessoas que não tenham feito nenhum trabalho, ou a quem só empresta o seu nome. Outro problema é deixar de fora o nome daqueles que tiveram uma contribuição significativa. O que pode ser o caso de um estudante ou um membro mais novo da equipa e não é ético fazê-lo. Existem muitas anedotas que descrevem o impacto deste problema⁶⁵.

John Yaphe⁶² afirma que outro problema ético é o potencial conflito de interesse que envolve os autores que não cumprem os critérios de autoria. O problema dos autores fantasma ou de “*nomes de aluguer*” mas é um problema em muitos países⁶⁶. Os leitores merecem saber quem escreveu o quê e quem assume a responsabilidade pelo que está escrito⁶².

Outras questões éticas com autoria surgem quando, por exemplo, um interno apresenta um caso clínico num congresso ou numa publicação sem o conhecimento ou o consentimento do seu orientador, que é o responsável pelos cuidados de saúde ao paciente. Um parecer sobre um caso deste tipo foi publicado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte⁶⁷.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte⁶⁷ (CES-ARSN) relembra que o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM)⁴¹ explicitamente refere que “*é vedado ao médico ser autor ou coautor de artigo ou comunicação para o qual não tenha contribuído diretamente*” (art.º 137.º), não definindo, no entanto, o conceito de contribuição direta. A qualificação como autor de um trabalho é um assunto que, face à explosão do número de autores por trabalho e à denúncia de situações de falsa autoria, está na ordem do dia na literatura médica^{66,67}.

A CES-ARSN⁶⁷ constata que especificamente sobre a elaboração de um relato de caso, não se encontraram orientações, mas a prática comum é que o(s) autor(es) de um relato de caso tenha(m) estado envolvido(s) nos cuidados ao paciente alvo do relato, embora, pelas recomendações do ICMJE⁶³, tal não seja suficiente para se ser considerado autor. O orientador de formação, na sua competência de “*orientação personalizada e permanente da formação e a sua integração nas equipas de trabalho das atividades assistenciais, de investigação e ensino, de acordo com os programas de formação*”⁶⁷, deverá conhecer e acompanhar os trabalhos em que os internos à sua responsabilidade estiverem envolvidos.

O parecer da CES-ARSN⁶⁷ foi que no seguimento estrito das recomendações disponíveis, poderá qualificar-se como coautor de um relato de caso um médico que, mesmo não tendo participado na colheita dos dados, por não estar envolvido nos cuidados ao paciente nem consultar o respetivo processo clínico, tenha dado contribuição substancial para a conceção e desenho do relato ou para a análise e interpretação dos dados, redação ou revisão do relato e que dê a aprovação final ao mesmo, ainda que tenha sido um outro coautor autorizado a responsabilizar-se pela consulta do respetivo processo clínico. Mas, faz sentido que, no exercício pleno das suas competências, o orientador de formação do interno acompanhe os estudos por ele realizados e seja informado da existência de coautores, o que é ainda mais relevante no caso de o paciente alvo do relato pertencer à sua lista⁶⁷.

● A ética do internato / privacidade e confidencialidade no cuidar de famílias.

Mónica Granja⁶⁸ recorda-nos que a participação de terceiros, familiares, estudantes, internos ou ajudantes de consultório, na relação médico-paciente, condicionando-a, e que é particularmente frequente em Medicina Geral e Familiar (MGF). De acordo com os princípios éticos da autonomia, beneficência e dignidade, as questões levantadas por esta interferência prendem-se com o assegurar aos pacientes⁶⁸:

- confidencialidade e privacidade.
- a opção por participar em atividades de ensino / formação.
- a possibilidade de serem acompanhados por alguém da sua escolha.
- a livre escolha do seu médico assistente.
- o cumprimento da legislação (em particular a relativa a menores e incapazes).

Mónica Granja⁶⁸ refere que dedicadas ao estudo e reflexão no domínio da bioética, as Instituições Bioéticas Portuguesas, como o Centro de Estudos de Bioética, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida ou a Associação Portuguesa de Bioética, detêm insuficiente visibilidade na classe médica. Com papel na formação ética pós-graduada, são também responsáveis pela emissão de pareceres não vinculativos perante situações concretas, frequentemente mais relacionadas com o progresso tecnológico. A sua atividade está refletida em publicações nas quais predominam as reflexões teóricas e escasseiam as orientações de atuação para o dia-a-dia. De modo geral, estes textos permanecem apenas do conhecimento de círculos restritos pois não são divulgados aos médicos de forma pró-ativa e quase só se encontram em publicações especializadas, as quais, como é o caso da Revista Portuguesa de Bioética, nem sempre estão disponíveis on-line⁶⁸.

Mónica Granja⁶⁸ afirma que existe, pois, em Portugal e no domínio das orientações éticas, um espaço vazio relativo aos conteúdos da relação médico-paciente e a questões do dia-a-dia, como a presença de terceiros na consulta. Tem, assim, sido permitido que na prática clínica da maioria dos médicos, certas questões éticas ou nem cheguem a ser colocadas ou sejam resolvidas ao sabor das opções e atitudes individuais, ou quando muito locais, dos protagonistas, sendo tal viabilizado, tacitamente, pela escassa tradição portuguesa de cidadania⁶⁸. Pelo contrário, e para mencionar apenas países de

língua oficial inglesa, no Reino Unido^{50,69}, Canadá⁷⁰ e Austrália⁷¹ abundam as orientações emanadas quer pelos órgãos representantes dos médicos, quer por organismos equivalentes aos colégios e sociedades de especialidades, quer por associações de médicos ligados ao ensino e formação pós-graduada, fornecendo indicações para muitas situações do dia-a-dia de consulta⁶⁸.

Mónica Granja⁶⁸ afirma que as questões levantadas pela presença de formandos na consulta de MGF tendem a surgir com frequência crescente pelo aumento desejável e previsível quer de contacto com os cuidados de saúde primários durante o curso de Medicina, quer de internos da especialidade. Por outro lado, a interferência destes terceiros elementos é particularmente crítica na consulta de MGF, dada a natureza mais pessoal da relação médico-paciente. Além disso, ao médico envolvido no ensino e/ou na formação pós-graduada é pedida uma dupla responsabilidade: além do cumprimento das suas obrigações éticas individuais, ele modelará gerações de estudantes e colegas, perpetuando a sua postura ética⁶⁸.

Quanto ao tema específico dos internos (residentes noutros países), há uma escassez de referências na literatura geral, segundo Mónica Granja⁶⁸; já sobre a participação de estudantes de Medicina na consulta são abundantes, noutros países, as reflexões e os estudos. Na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina⁵³, é estabelecido que o interesse e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse da sociedade ou da ciência. Em Portugal, apenas na Carta dos Direitos dos Doentes Internados⁷² é referido que nos atos médicos apenas devem estar presentes os profissionais indispensáveis aos mesmos. Orientações normativas, defendidas por artigos de revisão e opinião no Reino Unido e na Austrália, preconizam que o direito de os pacientes se recusarem a participar no ensino deve ser respeitado e assegurado que a sua recusa não afeta a relação médico-paciente nem a qualidade dos cuidados prestados^{50,71,73,74}. Os estudantes e internos devem ser sempre identificados como tal, evitando-se designações ambíguas ou falsas⁷⁵. É defendido que os pacientes sejam avisados sempre que se prever a presença de estudantes ou internos na consulta, fornecendo-se informação sobre o seu eventual papel e solicitando-se o consentimento antes da consulta (com a colaboração de administrativos ou através de panfletos). Se obtido nesta fase, o consentimento deve ser posteriormente confirmado na presença do aluno ou interno, sendo ainda oferecida a possibilidade de o recusar a qualquer momento após uma resposta inicial afirmativa⁷⁶. É sugerido que, para pacientes sem experiência prévia de contacto com estudantes, estes tenham apenas um papel de observação, sendo a colaboração explícita para participar em certos exames ou manobras, pedida preferencialmente aos pacientes que já tenham alguma experiência de participação no ensino⁶⁸.

Mónica Granja⁶⁸ apreciou vários estudos quantitativos e qualitativos, a maioria dos quais no contexto da MGF, que avaliaram a perspetiva dos pacientes perante a participação no ensino e na formação pós-graduada. Esses estudos revelam que, se puderem optar por não participar, a grande maioria dos pacientes tem uma atitude positiva quanto à participação. Os pacientes com experiência prévia em atividades de ensino revelam uma atitude globalmente mais positiva do que aqueles que nunca participaram^{77,78,79,80,81}. Na sua maioria, os pacientes consideram que a presença de estudantes não afeta a qualidade das consultas, salientando alguns a possibilidade de a qualidade melhorar

através de uma consulta mais exaustiva^{80,82}, do seu interesse em ouvir o seu MF dar explicações ao formando¹¹⁸, do sentir-se útil ao colaborar no ensino, da suposição de que o seu MF está mais atualizado pelo facto de ter responsabilidades no ensino e de ficar a compreender melhor os seus problemas^{77,79,80,82}. O tempo de consulta prolongado foi por uns apontado como vantajoso^{80,83} e por outros como desvantajoso^{78,81,84}. O motivo de consulta influenciava o desejo de participar em consultas com estudantes ou internos: num estudo 95% aceitariam participar no caso de uma infeção respiratória, descendo esta percentagem para 70% no caso de problemas emocionais e para menos de 50% nas situações de índole sexual^{79,84}. Num estudo numa clínica de “saúde sexual”, as mulheres recusavam-se mais frequentemente a participar, sobretudo se os estudantes eram homens⁸¹. Noutro estudo, na consulta de MGF a satisfação e a capacitação não foram afetadas pela presença de estudantes, mas os pacientes esperavam ter mais controlo sobre a participação no ensino, comparativamente com a consulta hospitalar⁸³. Os pacientes reclamavam que o pedido de consentimento fosse feito, de preferência, ao marcar consulta e que fosse dada informação quanto ao número e ao sexo dos estudantes presentes e quanto à extensão do exame a realizar¹²⁴. Mesmo quando pedido o consentimento, alguns doentes (28%) pensam que não têm verdadeira opção⁸⁴ e 18% sente-se desconfortável em recusar⁷⁸. Pacientes (13%) afirmam mesmo ter participado contra a sua vontade numa consulta com estudantes por não terem tido coragem de recusar⁷⁸. Numa consulta de obstetrícia e ginecologia, 22% dos pacientes declararam que não aceitariam a presença de estudantes⁷⁹; no entanto, os estudos que avaliaram as taxas de recusa quando o consentimento é pedido encontraram valores de 1,4%⁷⁷.

No entanto, Mónica Granja⁶⁸ alerta que existe um estudo⁸⁵ que levanta questões mais complexas e pessimistas, havendo uma possibilidade real de o ensino afetar a qualidade dos cuidados, por os pacientes não introduzirem certos temas na presença de estudantes. Como solução, é sugerido que se conceda ao paciente tempo a sós com o MF, antes ou após a sessão de ensino, o que nem sempre é viável por constrangimentos de tempo. Outras soluções poderão ter de ser consideradas, como a utilização de voluntários recrutados especificamente para o efeito, o *role-playing* e as simulações vídeo^{68,82,85}.

Mónica Granja⁶⁸ afirma que entre nós, não existe tradição de pedir consentimento aos pacientes para a presença de estudantes ou internos na consulta e, quando ele é pedido, não o é de uma forma que permita um livre e informado consentimento, pedidos já em frente ao aluno ou interno e sem especificação do papel que por ele será desempenhado na consulta. Mais do que a ausência de orientações em contrário, isto reflete, provavelmente, uma ainda prevalente postura paternalista que subvaloriza o princípio da autodeterminação e coloca o interesse da formação acima do interesse do paciente. Para que num futuro próximo este deixe de ser um cenário provável nos Centros de Saúde portugueses, será necessário que, não só sejam incorporados estes conceitos nas orientações éticas, mas também que seja feito um trabalho de sensibilização da massa de orientadores de formação e de tutores de estudantes de Medicina⁶⁸.

Sobre os aspetos éticos da delegação da atividade assistencial de um MF num médico ainda em formação, não existe nenhuma referência em Portugal e, mesmo na literatura e orientações internacionais, este é um assunto pouco abordado. A delegação de cuidados no contexto da formação pós-graduada pode pôr em causa o direito à livre escolha

do médico, o princípio do consentimento informado e a supremacia do benefício do doente. E Mónica Granja⁶⁸ relembra que o direito dos pacientes à livre escolha do seu médico, consagrado pela Associação Médica Mundial foi também adotado pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos⁴¹, não sendo sempre possível respeitar este direito, nomeadamente quando há limitação da disponibilidade do médico, ou quando o próprio médico exerce, legitimamente, o seu direito de escusa de assistência, ele deve ser defendido nos restantes casos, nomeadamente quando a delegação de cuidados é motivada pela formação⁶⁸.

O General Medical Council (GMC) e o colégio da especialidade de MGF britânico (RCGP) lembram que estudantes e internos não devem consultar sozinhos sem que o seu orientador esteja certo de que têm a necessária competência, assim como acesso permanente a aconselhamento, apoio e supervisão^{50,87}, salientando que a delegação de cuidados responsabiliza quem delega. O RCGP especifica ainda que os pacientes devem conhecer o estatuto do interno do qual estejam a cargo e ter a oportunidade de ser consultados por um especialista se assim o requererem⁵⁰.

Mónica Granja⁶⁸ recorda que num documento de orientação para internistas norte-americanos é considerada falta de consciência ética o delegar cuidados em internos não preparados para o exercício não supervisionado⁸⁸. O mesmo documento lembra, frontalmente, que é um abuso de poder um médico usar colegas sob sua orientação para enriquecer a sua carreira, curriculum ou bibliografia. Numa postura semelhante, a Associação Médica Australiana aconselha os médicos a “evitar explorar estudantes e colegas sob supervisão”⁷¹.

● **Confidencialidade e privacidade dos registos clínicos eletrónicos:**

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (CES-ARSN) já elaborou dois pareceres sobre os registos clínicos eletrónicos^{89,90}. No primeiro, um médico de família solicitou parecer⁸⁹ para o caso de uma sua paciente, ela própria profissional de saúde com acesso ao Sistema de Apoio ao Médico (SAM), que, alegando não sofrer de esquizofrenia e não desejar ver-se como tal exposta, verificou que tal diagnóstico constava dos seus dados de saúde registados naquele sistema informático. O requerente não questiona a validade do diagnóstico, baseado em informação na sua posse e na medicação prescrita em consulta de Psiquiatria. Mas, considerando a hipótese de satisfazer o pedido da titular dos dados clínicos, o requerente questiona a CES-ARSN sobre se não deveria ser eticamente possível eliminar o registo eletrónico de um dado de saúde a pedido do seu titular⁸⁹.

O parecer⁸⁹, cujo relator foi o Dr. Joaquim Correia Gomes, considera que: “1. O direito à intimidade e privacidade evoluiu ao longo dos tempos, sendo atualmente complementado por um autêntico direito fundamental à autodeterminação informativa ou de proteção dos dados pessoais. 2. O paciente tem o direito de não só exigir que as instituições de saúde respeitem esse seu direito, como de que adotem os mecanismos de segurança e de controlo dos dados pessoais respeitantes à saúde. 3. O acesso ao processo clínico deve ser restrito

ao médico assistente, podendo em casos excepcionais e devidamente fundamentados esse acesso ser permitido a outros profissionais de saúde. 4. O acesso ao processo clínico inserido informaticamente deverá ficar sempre registado, identificando quem e quando acedeu ao mesmo. 5. O titular do processo clínico, que é o paciente, que se encontra informaticamente registado, deverá ter o controlo de quem e quando acedeu a esse seu processo. 6. O direito do titular da informação de saúde não tem uma relevância ou efeitos ilimitados que lhe possibilite eliminar um dado da sua saúde do seu processo clínico”⁹⁰.

Num segundo parecer⁹⁰, em que se considerava a situação de numa reunião clínica num centro de saúde ter sido defendido por um dos intervenientes presentes que se devia pedir autorização a um paciente com diagnóstico de VIH, que recorresse pela primeira vez à consulta com o seu médico de família, para codificar esse problema de saúde no sistema informático SAM, uma vez que, no contexto em questão todos os médicos dos cuidados de saúde primários assim como do hospital de referência terem acesso a essa informação. Esta opinião foi contraposta pela maioria dos presentes que argumentaram tratar-se de um problema de saúde igual a muitos outros e como tal, deveria ser corretamente codificado e sempre que houvesse necessidade de referenciar o doente a um colega de qualquer especialidade, essa informação tinha de ser veiculada, podendo até ser prejudicial para o doente se assim não fosse, tendo sido inclusive alegada discriminação positiva se de outra forma se procedesse⁹⁰. A CES-ARSN entendeu que a questão ética colocada era a da licitude de um profissional não cumprir o seu dever de documentação invocando razões de proteção da privacidade do respetivo titular⁹⁰. O exemplo apresentado refere-se ainda a um diagnóstico que levanta a questão suplementar relacionada com as doenças de declaração obrigatória previstas na lei. No entanto, a CES-ARSN resolveu dar um parecer em abstrato, qualquer que seja o diagnóstico, sobre os fundamentos éticos do dever de registo e documentação⁹⁰, sendo o parecer que o registo de diagnósticos não deve ficar dependente do receio, próprio ou alheio, de perda de confidencialidade e que é dever de todos os profissionais zelar pela reserva da intimidade das pessoas e pelo correto uso dos dados de que são fiéis depositários⁹⁰.

Também o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) aprovou, em 27 de setembro de 2011, o Parecer 60/CNECV/2011⁹¹ sobre informação de saúde e registos informáticos de saúde, que adota, entre outras, as seguintes opiniões: “8. *Que os dados de saúde, enquanto dados sensíveis referentes à intimidade da pessoa, são reservados e sujeitos a dever de confidencialidade. 9. Que, em qualquer altura do seu relacionamento com as instituições de saúde ou com profissionais de saúde qualquer cidadão tenha direito, podendo fazê-lo por escrito, que determinado dado clínico relativo a si próprio (desde que não haja imposições legais baseadas em razões de Saúde Pública que o impeçam) seja considerado absolutamente reservado e, conseqüentemente, vedado de outros acessos para além do profissional a quem foi voluntariamente transmitido. Para tanto, o profissional ou a instituição de saúde deverão, no momento do registo, ou logo que se tal se torne possível, dar conhecimento à pessoa desse direito. 10. Que a título excepcional, quando não puder ser obtido o consentimento do seu titular, os dados reservados a que se refere o número anterior poderão ser facultados a outros profissionais de saúde quando tal seja estritamente necessário para salvaguardar o interesse e benefício da saúde do próprio. Deverá, em qualquer caso, ser garantido o direito de o titular conhecer quem acedeu, e quando, ao seu processo”⁹¹.*

- **Consentimento informado.**

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (CES-ARSN)⁹² elaborou em 2009 um Documento Guia sobre o Consentimento Informado a nível dos Cuidados de Saúde Primários, documento orientador sem carácter vinculativo. Nele são desenvolvidas algumas considerações gerais⁹²:

- a) Consentimento informado, esclarecido e livre, é uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido o consentimento⁹².
- b) O consentimento pode ser dado de forma escrita ou oral, ou por outro meio direto de manifestação da vontade, havendo situações em que a lei ou os regulamentos, nacionais ou locais, preconizam que seja escrito sob a forma de documento válido⁹².
- c) O consentimento deve ser pedido a todo o adulto capaz de o dar ou ao seu representante, no caso de menores com idade inferior a 16 anos ou pessoas que não tenham o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o prestam⁹².
- d) O consentimento é revogável em qualquer altura⁹².
- e) O consentimento não reduz o nível de responsabilidade pela execução dos atos consentidos⁹².
- f) Todo o adulto é considerado capaz de consentir até prova em contrário, a iliteracia, o analfabetismo ou as manifestações de incompreensão não são razões para deixar de tentar obter um consentimento livre e esclarecido, antes obrigam a melhores explicações e a mais adequada informação⁹².
- g) Mesmo em casos de menoridade ou de deficiência, em respeito pelo princípio da autonomia da pessoa, deve ser dada adequada informação e considerado, com razoabilidade, o direito do próprio à recusa de tratamentos ou exames (bem como a participação na formação de profissionais de saúde)⁹².
- h) A informação prestada pelo médico, ou qualquer outra pessoa legalmente autorizada, deverá ser feita em moldes simples, concretos, compreensíveis, suficientes e razoáveis com o objetivo de esclarecer sobre o diagnóstico, alcance, envergadura e consequências, diretas e indiretas, da intervenção ou tratamento. A alusão a riscos excecionais deve merecer ponderação especial. A alusão a riscos excecionais deve merecer ponderação especial, merecendo, no entanto, particular referência quando se trate de atos não curativos (como, por exemplo, intervenção estética ou esterilização voluntária)⁹².

- i) A informação prestada deve incluir, quando adequado, aspetos relativos a tratamentos ou outras intervenções propostas, opções alternativas e opiniões sobre expectativas de êxito ou insucesso dos atos propostos. A informação será sempre subordinada ao princípio de que não é possível dar garantias de resultados, mas somente do uso dos meios apropriados e disponíveis⁹².
- j) Só os princípios gerais do consentimento informado, esclarecido e livre poderão ter aplicação, com as necessárias adaptações, aos atos de saúde prestados por quaisquer outros profissionais de saúde na mesma instituição. O consentimento dado para um ato médico específico é referente ao profissional que o solicitou, nas circunstâncias em que o foi, já que o executante do ato a consentir deve ser o mesmo que dá a informação, pede o consentimento, entrega e recebe o formulário⁹².
- k) Quando o doente não esteja declarado judicialmente como incapaz mas tenha impossibilidade ou notórias dificuldades em se manifestar, os médicos deverão ouvir a opinião de familiares ou acompanhantes que sejam reconhecidos como cuidadores habituais, sem prejuízo de uma cuidadosa e obrigatória audição da vontade do doente, sempre que possível. Contudo, o direito de recusa só deverá poder ser exercido por terceiros nas condições abaixo referidas sobre o direito de recusa⁹².
- l) Qualquer dos formulários previstos pode ser desobrigado em situações de emergência sendo, nesse caso, considerado que o consentimento verbal, sendo possível, é suficiente, ou, sendo impossível, é presumido. Quando o médico responsável considera que há consentimento presumido, esse facto e as suas condicionantes serão sempre anotadas explicitamente no processo clínico, não isentando, porém, o médico de produzir, logo que possível, as explicações adequadas ao doente ou ao seu representante⁹².
- m) Nos casos mais delicados, em que se levantem dilemas mais difíceis de decidir, os médicos intervenientes devem pedir parecer à Comissão de Ética para a Saúde, conquanto esta possa, em tempo útil, manifestar-se. Todavia, a decisão final é sempre da responsabilidade médica⁹².

Assim, segundo a CES-ARSN⁹², o consentimento deve ser obrigatoriamente escrito nas seguintes situações:

- a) Interrupção voluntária da gravidez^{92,93}.
- b) Realização de técnicas invasivas em grávidas, nomeadamente amniocentese, biopsia das vilosidades coriônicas, cordocentese, drenagem, amnioinfusão^{92,94}.
- c) Esterilização voluntária (laqueação tubar e vasectomia)^{92,95}.
- d) Procriação medicamente assistida^{92,96}.

- e) Colocação de dispositivos anticoncepcionais, Implanon® ou dispositivo intra-uterino^{92,97}.
- f) Administração de gamaglobulina anti-D^{92,98}.
- g) Testes genéticos^{61,92}.
- h) Eletroconvulsivoterapia e intervenção psicocirúrgica^{92,99}.
- i) Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos^{41,92}.
- j) Colheita e transplantes de órgãos e tecidos de origem humana^{92,100,101}.
- k) Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana^{92,102}.
- l) Doação de sangue^{92,103}.
- m) Videovigilância de doentes^{92,104,105}.
- n) Realização de atos, diagnósticos ou terapêuticos, invasivos “*major*” como, por exemplo, biópsia, endoscopia com ou sem polipectomia, conização do colo do útero, sedação/anestesia, exsanguíneo-transfusão⁹².
- o) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte audiovisual^{92,106}.
- p) Internamento hospitalar^{92,107}.

A CES-ARSN⁹² considera que, no caso de atos diagnósticos ou terapêuticos “*minor*”, poderá bastar a entrega, com razoável antecedência, de folhetos explicativos, com instruções e a enumeração de riscos para configurar o subsequente consentimento presumido, ficando assim dispensada a exigência de assinatura de um formulário de consentimento. Sempre que possível e adequado, os formulários deverão ser entregues para leitura e somente recolhidos, depois de assinados, passado um período de tempo adequado para reflexão⁹². O dever de informar adequadamente os pacientes a quem são propostos, requisitados ou prescritos atos médicos que, pela sua complexidade ou caráter invasivo, requerem consentimento informado, esclarecido e livre passado a escrito, cabe tanto ao médico requisitante como ao executante, na justa medida das respectivas participações nos referidos atos⁹². Quando, por qualquer razão, quem prestou a informação e assinou o formulário de consentimento informado não coincide com o executante do ato, deverá este assegurar-se de que a pessoa consente também na troca⁹². Os formulários de consentimento informado e as suas eventuais alterações devem ser aprovados pelo Conselho de Administração hospitalar ou Conselho Executivo de ACeS, mediante parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde⁹².

A CES-ARSN⁹² considera que a recusa não se manifesta pela simples falta de assinatura de um documento de consentimento. A recusa de internamento ou da realização de

atos médicos obriga a um esforço suplementar de explicações por parte do médico mas deve ser reconhecida como uma manifestação de autonomia, desde que livre e esclarecida. Enquanto o formulário de consentimento se destina a documentar a aceitação das explicações dadas e traduz uma concordância dos intervenientes, a recusa deve ser documentada no processo clínico da forma mais cuidadosa, uma vez que dela resulta a não realização de algo que se presume ser proposto no melhor interesse do doente e traduz uma discordância⁹². Caberá assim ao médico, sempre que possível com concordância do diretor, coordenador ou chefe de equipa, a invocação de razões ponderosas para não aceitar uma recusa e acionar o direito/dever de pedir intervenção judicial, por exemplo solicitar internamento compulsivo, suspender o poder parental, exigir declaração de incapacidade legal⁹². Nos casos de atos cuja não concretização ponha em sério risco a saúde ou a vida da pessoa, a possibilidade de ocorrer uma recusa, por parte de representante legal, deverá ser encarada com especial cuidado. Uma aceitação de recusa, nesse caso, poderá justificar-se eticamente apenas se houver contexto bastante e convicção suficiente de que essa seria a vontade da pessoa doente⁹².

Segundo a CES-ARSN⁹² o registo no processo clínico da recusa terapêutica deverá também ter a assinatura de um segundo médico de graduação profissional igual ou superior ao primeiro, sempre que possível, o seu diretor, coordenador ou chefe de equipa. Esta exigência de uma segunda assinatura de médico corresponde a uma duplicação efetiva de esforços para o convencimento do doente e deverá aplicar-se sempre nos casos de recusa de internamento ou da sua continuidade. Também deve ser considerada uma segunda assinatura nos casos de recusa de ato que o médico considere de especial importância para a sobrevivência do paciente⁹².

A participação de estudantes ou médicos em formação na realização de consultas ou outros atos de saúde implica uma explicação prévia dessa condição ao paciente. Os doentes têm direito à recusa, que pode ser apenas verbal, dessa presença, devendo ser-lhes assegurado que a mesma não interferirá nos cuidados a prestar⁹².

No caso das Testemunhas de Jeová, é um direito de todos os pacientes poderem recusar a administração de sangue ou derivados por razões de convicção religiosa⁹². O documento denominado “*Isenção de Responsabilidade*”, onde o paciente declara expressamente que não aceita “*nenhuma transfusão de sangue total, de glóbulos vermelhos, de glóbulos brancos, de plaquetas ou de plasma sanguíneo sob quaisquer circunstâncias, mesmo que tal tratamento possa ser considerado necessário na opinião do médico que cuida do caso ou dos seus assistentes, a fim de preservar a vida e/ou promover a recuperação*”, deve ser aceite como válido, segundo a CES-ARSN⁹², desde que haja fundada convicção de que foi assinado por pessoa esclarecida e sem ser sob coação. Nos casos em que a administração de sangue ou derivados esteja incluída, como obrigatória ou como eventual, num ato cirúrgico, este só se deve efetivar havendo concordância do cirurgião e do anestesista⁹². A decisão de não realizar um ato cirúrgico condicionado ao não recurso a uma transfusão de sangue ou derivados deve ser dada a conhecer à Direção Clínica⁹². A aceitação de realizar um ato cirúrgico condicionado ao não recurso a uma transfusão de sangue ou derivados deve ser clara e previamente anotada no processo clínico com as assinaturas do cirurgião e do anestesista⁹².

No caso dos menores, a CES-ARSN⁹² reconhece aos menores com capacidade de entendimento o direito a serem ouvidos. Os pacientes, antes de alcançarem a maioridade legal, têm o direito a ser devidamente informados e ouvidos no que respeita ao consentimento assim como à recusa, desde que tenham idade e discernimento suficientes. Quando, em resultado dessa audição, os profissionais de saúde identificam uma situação conflitual, as decisões adotadas serão alvo de especial atenção e de diligências que procurem, dentro dos limites do razoável, o consenso⁹². Quando se trate de menor já com idade e discernimento para expressar a sua opinião e este manifesta recusa ao mesmo tempo que o seu representante manifesta consentimento, a atitude a tomar será assumida no melhor interesse do paciente, envolvendo-se nas decisões a direção/coordenação da unidade de saúde e a Comissão de Ética para a Saúde⁹². As intervenções efetivadas contra a vontade de menor obrigam a uma justificação fundamentada feita por escrito no processo clínico e de cujo teor deve ser dado conhecimento prévio ao Diretor Clínico ou equivalente⁹². De igual modo deve ser dada uma explicação adequada ao próprio menor⁹².

Os profissionais de saúde podem ocultar dos pais ou legítimos representantes certas informações sobre saúde relativas a menores, a pedido destes, desde que haja a convicção segura de que isso é feito no melhor interesse do menor, da sua segurança, saúde e privacidade⁹². Em todo o caso, essa decisão deverá convenientemente ser partilhada com outro profissional de igual ou superior categoria profissional. Igual procedimento deverá ser aplicado quando os documentos de consentimento sejam assinados por menores de idade sem conhecimento dos pais ou legítimos representantes⁹². Quando um menor se manifestar contra a presença de um progenitor o direito a que a sua vontade seja atendida deve prevalecer, salvo em situações devidamente justificadas e analisadas pelo coordenador da unidade, pelo Serviço Social e pela Comissão de Ética para a Saúde⁹².

Por fim, a CES-ARSN⁹² considera que nas situações cujo desenho clínico possa fazer antever a impossibilidade de aceitar uma recusa terapêutica, o ponto de partida não deve ser a solicitação de um consentimento, mas a partilha de uma decisão, a confirmar ou não pela dação de um consentimento.

● **Ética das relações com a indústria farmacêutica.**

Geoffrey Spurling e colaboradores¹⁰⁸ realizaram uma revisão sistemática sobre as relações dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica (IF) e concluíram que, com raras exceções, os estudos de exposição a informações fornecidas diretamente pelas empresas farmacêuticas encontram associações com maior frequência de prescrição, custos mais elevados, ou menor qualidade da prescrição. Não encontraram evidência de melhoria na prescrição, mas a literatura disponível não exclui a possibilidade de que a prescrição pode às vezes ser melhorada. Ainda assim, recomendam que os prescritores devem seguir o princípio da precaução e evitar a exposição a informações diretas da IF¹⁰⁸.

Na sua revisão Geoffrey Spurling e colaboradores¹⁰⁸ basearam-se em estudos com médicos prescritores que foram expostos a informações diretas da IF, promocionais ou não. A exposição incluiu visitas de delegados de informação médica (DIM), anúncios em revistas

médicas, participação em reuniões patrocinadas pela IF, informações enviadas por via postal ou e.mail, software de prescrição, e participação em ensaios clínicos patrocinados. Os resultados medidos foram a quantidade, qualidade e custo da prescrição efetuada por médicos. Os estudos foram procurados na Medline (1966 a fevereiro de 2008), International Pharmaceutical Abstracts (1970 a Fevereiro de 2008), Embase (1997 a fevereiro de 2008), Current Contents (2001 a 2008), e Central (The Cochrane Library Issue 3, 2007) usando para a pesquisa termos desenvolvidos por um bibliotecário especialista¹⁰⁸. Além disso, analisaram as listas de referências bibliográficas e tiveram contatos com especialistas de empresas farmacêuticas para recolher informação. Os estudos obtidos, randomizados e observacionais, foram avaliados por dois autores, independentemente, em relação à sua qualidade metodológica. Foram excluídos os estudos onde a informação era insuficiente para essa avaliação¹⁰⁸.

Os autores¹⁰⁸ lembram que a IF gastou 57,5 bilhões de dólares em promoção farmacêutica em 2004, só nos Estados Unidos da América. A indústria alega que a sua promoção oferece informação científica e educacional para os médicos. No entanto a evidência indica que a promoção pode influenciar negativamente a prescrição¹⁰⁸. As limitações encontradas nos estudos não permitem chegar a conclusões definitivas sobre o efeito das informações da IF sobre a frequência, custo e qualidade da prescrição¹⁰⁸. Em teoria, a publicidade pode ser benéfica de várias formas: por meio da distribuição de informação e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da prescrição^{109,110}, reduzindo os custos através do aumento da relação custo-benefício¹¹¹, aumentando a prescrição de medicamentos que proporcionam melhores resultados em saúde, melhorando assim o uso eficaz de recursos de saúde¹⁰⁸. Apesar das limitações encontradas nos estudos incluídos pelos autores¹⁰⁸ não permitirem refutar essas teorias, foi encontrada pouca evidência a apoiá-las, pelo contrário alguma evidência é no sentido do aumento dos custos e da diminuição da qualidade da prescrição¹⁰⁸, o que leva alguns a defenderem que os médicos prescritores têm o dever ético de evitar a exposição à promoção da indústria farmacêutica^{112,113}.

Juan Gérvas e Peter Mansfield¹¹⁴ afirmam que muitos médicos negam que sejam influenciados pela promoção de medicamentos, mas não são tão confiantes sobre os seus colegas. Esta ilusão de invulnerabilidade única é comum e torna os indivíduos mais confiantes e, portanto, em maior risco de ser enganados¹¹⁵. A relação entre os investigadores e a indústria tem sido descrita como sendo tão arriscada como dançar com um porco-espinho¹¹⁴.

Mónica Granja¹¹⁶ afirma que os delegados de informação médica (DIM) eram, anteriormente, denominados delegados de propaganda médica. Do primeiro termo, “*propaganda*”, de carga fortemente negativa, porque sugestivo de manipulação, passou-se para “*informação*”, termo com uma obrigação de objetividade, de precisão e de abrangência que dificilmente algum médico atribuirá a um DIM. A indústria farmacêutica (IF) tem fins lucrativos e, como tal, dispõe de estudos de mercado que indicam que os DIM não apenas informam, mas, de facto, promovem os medicamentos que apresentam^{116,117}. O orçamento que a IF atribui à promoção dos seus produtos, e em particular à atividade dos DIM, atinge valores consideráveis^{118,119}. Não foram encontrados números relativos a Portugal¹¹⁶, mas a profusão de DIM sugerem-nos que a sua eficácia promocional poderá mesmo ser superior à dos anúncios em revistas médicas ou à de outras formas de divulgação^{116,117}.

Mónica Granja¹¹⁶ lembra que a publicidade nos rodeia a todo o momento. E ela influencia-nos como pessoas, muitas vezes sem darmos conta e, por vezes, mesmo quando tentamos lutar contra. Conseguiriam os médicos ser diferentes. Quase não se fala disto em Portugal, reduzida que está a discussão às acusações de corrupção, aceitação de prendas valiosas em troca de muitas receitas de determinado medicamento¹¹⁶; e aos argumentos de inocência, de que os DIM apenas informam os médicos dos seus produtos e sem o patrocínio da IF não haveria formação médica contínua em Portugal. E, no entanto, a reflexão ética sobre o assunto é urgente pois a publicidade a medicamentos apresenta uma particularidade, é que os médicos são o alvo das campanhas publicitárias da IF, mas quem usa e paga o produto promovido é o paciente e o estado através das participações. O médico é assim dotado de um grande poder, mas também de uma grande responsabilidade ética. A maioria dos médicos acredita firmemente que é imune à influência dos delegados de informação médica (DIM)¹¹⁶, mas, estudos realizados em países como Canadá, Estados Unidos da América (EUA), Austrália, Nova Zelândia, Finlândia, Espanha e Holanda, apontam precisamente no sentido contrário^{116,120,121,122,123,124,125}. Em alguns destes países, as relações entre os médicos e a indústria farmacêutica (IF), mesmo quando legítimas à luz da legislação vigente, têm levantado muitas questões éticas e científicas e sido alvo de profundo debate¹¹⁶. A frequência com que os médicos de família portugueses são visitados por DIM, aparentemente muito superior à de países como os EUA ou o Canadá, torna esta questão de primordial importância em Portugal e nesta especialidade em particular¹¹⁶. Esta elevada frequência de contatos, verificada também em algumas especialidades hospitalares, contrasta com a total ausência de reflexão e debate sobre o assunto no seio da classe médica portuguesa¹¹⁶.

Segundo Miguel Melo e Raquel Braga¹⁰ a IF constitui uma das fontes de informação médica mais abundante e acessível para médicos. Supõe-se que seja um dos meios mais importantes de (in)formação entre os profissionais de saúde; desta forma a informação e as opiniões veiculadas pela IF têm repercussões nos hábitos de prescrição médica. A promoção de medicamentos através de publicidade em revistas e jornais médicos, pelo correio e e.mail, a publicação de artigos, de opinião e não só, em jornais e revistas, a organização de congressos e de encontros de cariz formativo e as frequentes visitas dos DIM são algumas das formas usadas pela IF de forma a influenciar a prescrição médica¹⁰. A IF, sendo um negócio com fins eminentemente lucrativos, destina consideráveis fatias do seu orçamento à informação acerca dos seus produtos, e em particular à atividade dos DIM, que demonstra ser das mais eficazes formas de divulgação e promoção dos mesmos¹¹⁷. Em Portugal, a frequência das visitas efetuadas pelos DIM aos médicos (cerca de três a quatro DIM/dia = 66-88 visitas DIM/mês) é aparentemente bastante superior à relatada nos países como os EUA e Canadá, em que os estudos acima referidos foram conduzidos, o que agudiza a necessidade de uma reflexão acerca da influência que a IF tem sobre os hábitos de prescrição médica em Portugal¹⁰.

Miguel Melo e Raquel Braga¹⁰ afirmam que apesar de alguns médicos pensarem o contrário, as fontes de informação comercial têm maior influência nos hábitos de prescrição do que as fontes científicas^{126,127,128}. Os DIM têm mais treino em métodos de educação e mais conhecimentos de teoria de comunicação que a maioria dos professores das escolas médicas, sendo por vezes mais efetivos em mudar hábitos de prescrição do que qualquer outra fonte de informação^{10,117,129}. As visitas dos DIM estão muitas vezes associadas com aumentos de custos de prescrição e hábitos de prescrição menos racionais¹⁰.

Miguel Melo e Raquel Braga¹⁰ descrevem como os delegados de informação médica (DIM) fazem as suas visitas, seguindo habitualmente uma sequência comum^{10,130}: **Abertura**, “quebrar o gelo”; **Apresentação**, valorização do “status” do médico, tentativa de avaliação dos conhecimentos e da prática com o seu produto; **Apresentação** de argumentos para a prescrição do seu produto, discussão mútua; **Encerramento**, reforço da relação positiva tendo em vista a continuidade, ofertas várias, tentativa de estabelecimento de compromissos. Os papéis dos agentes envolvidos podem caracterizar-se da seguinte forma^{10,130}: **Médico**: potencial cliente/comprador, recetor de informação e de “ofertas”. A postura cética e a recusa de se comprometer em prescrever o produto, objetivo implícito da visita do DIM, são “estratégias de defesa” usadas por alguns médicos para se coadunarem com a sua autoimagem de isenção na prescrição; **Delegado de informação médica**: potencial vendedor, potencial fornecedor de informação e de “ofertas”. A “imparcialidade” da informação, a valorização da imagem do médico e o estabelecimento de um relacionamento positivo, de forma a poder continuar a ser recebido no futuro, são formas de influenciar o médico prescriptor¹⁰.

Mónica Granja¹¹⁶ afirma que dada a elevadíssima frequência de interações dos médicos portugueses e, em particular, dos médicos de família com os DIM, são necessários estudos exploratórios que definam a dimensão do problema no nosso país. Por outro lado, ainda não foi ainda iniciada a necessária reflexão e debate no seio da classe médica e, à semelhança do que acontece noutros países, a Ordem dos Médicos ou as associações e sociedades científicas, poderiam dar o exemplo iniciando essa necessária reflexão e debate¹¹⁶. Em Portugal são dois os documentos que regulamentam as ligações entre os médicos e a indústria farmacêutica (IF): o protocolo assinado em abril de 2002 entre APIFARMA e a Ordem dos Médicos; e o despacho n.º 2837/2004 (2.ª Série) do Ministério da Saúde. Mas, na Austrália e nos EUA, associações médicas prestigiadas como o *Royal Australian College of General Practitioners* e a *American Medical Association*, elaboraram normas, “guidelines”, específicas sobre as interações com os DIM e a IF, listando minuciosamente uma vasta gama de situações hipotéticas e classificando cada uma como eticamente aceitável ou não aceitável^{116,131,132}.

- **Diretivas antecipadas de vontade (Testamento Vital).**

Rui Nunes¹³³ defende que “legalizar o Testamento Vital é uma conquista civilizacional. Porque, porque plasma no subconsciente dos portugueses o referencial ético nuclear das sociedades plurais que é a possibilidade de cada um de nós efetuar escolhas livres”.

Rui Nunes¹³⁴ considera que é num contexto de aparente paradoxo entre o bem comum e o bem individual que se inserem as complexas relações entre os pacientes e as instituições de saúde, designadamente no que se refere ao significado da doença e à sua influência na biografia da pessoa. Assim, o modo como a pessoa se adapta à nova situação de estar doente vai ser decisivo na sua auto percepção pessoal, assim como na recuperação funcional e na integração social e familiar¹³⁴. Sendo não apenas uma manifestação física de uma doença orgânica, mas um acontecimento na sua biografia pessoal. Isto é, o mesmo grau de incapacidade representa, na biografia de diferentes pessoas, diferentes estados de doença.

Rui Nunes¹³⁴ considera que o objetivo da medicina e das demais profissões da saúde deve ser não apenas o de tratar o organismo físico, mas, essencialmente, reabilitar e integrar a pessoa que se encontra e que se declara doente.

Qualidade de vida, sendo um conceito de difícil definição como afirma Rui Nunes¹³⁴, pode referir-se à auto percepção de um completo bem-estar a nível físico, psicológico e social. Mas, como recorda Francisco Luís Pimentel, num paciente a qualidade de vida é um conceito relativo, referindo-se ao nível de satisfação em função das suas possibilidades atuais condicionadas pela doença e terapêuticas, comparadas com aquelas que pensa serem possíveis ou ideais¹³⁵, nomeadamente em termos de independência para as atividades de vida diária. E como afirma Manuel Teixeira Veríssimo a atividade física, minorando a perda de capacidade funcional, quer física, quer psíquica, contribui para prevenir a perda de autonomia e independência, que representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida¹³⁶.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)¹³⁷ reconhece a conveniência em se regular por via legislativa a forma como os cidadãos, maiores de idade e na plena posse das suas capacidades e direitos, podem declarar a sua vontade no que se refere a tratamentos e outros procedimentos relacionados com a sua saúde. Assim, se perderem a sua capacidade em exprimir a sua vontade, esta pode ser conhecida tal como anteriormente a expressaram¹³⁷. Lembra que não é necessária uma “*declaração antecipada*” para que deva ser considerada boa prática médica e ética a recusa da obstinação terapêutica, isto é, a não realização de tratamento fútil ou obstinado; lembra também o CNECV¹³⁷ que é legítimo direito da pessoa recusar tratamento, e que um caso e outro não são procedimentos assimiláveis a atos de eutanásia.

O CNECV¹³⁷ considera as “*declarações antecipadas de vontade*” como uma manifestação legítima da vontade da pessoa que as subscreve e considera que são um elemento de relevância máxima para o apuramento da vontade real da pessoa por parte das equipas de saúde em situações de grande complexidade. Neste mesmo sentido, e admitindo-se que “*declarações antecipadas de vontade*” imprecisas ou ambíguas possam dar origem a dúvidas interpretativas, pode igualmente revelar-se da maior utilidade a recolha da “*história de valores*” dessa pessoa.

O CNECV¹³⁷ 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 não-maleficência, não deixam também de estar presentes aquando da tomada de decisões sobre pessoas incapazes de se exprimirem. O primado do respeito pela autonomia, contudo, não pode deixar de ser tido em conta no caso das “*declarações antecipadas de vontade*”, sem que seja, porém, um princípio de aplicação absoluta.

Independentemente de outras disposições, o CNECV¹³⁷ reconhece legítimo que, designado pelo próprio e por escrito, possa ser constituído um Procurador de Cuidados de Saúde a quem sejam conferidos poderes de representação a usar quando a pessoa estiver desprovida de entendimento ou de vontade. Qualquer pessoa, maior de idade e na posse das suas capacidades e direitos, pode ser constituída, se aceitar, Procurador de Cuidados de Saúde.

A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho¹³⁸, regula as diretivas antecipadas de vontade (DAV), designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

A Lei 25/2012¹³⁸ estabelece que o testamento vital é um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

O CNECV¹³⁷ atendendo a que uma “*declaração antecipada de vontade*” pode conter disposições de recusa e disposições onde se fazem pedidos concretos, se encare, de forma distinta, essas variantes declarativas, nomeadamente quanto à respetiva força vinculativa, considerando o princípio da autonomia e outros fatores igualmente relevantes do ponto de vista ético. No caso de recusas de intervenções ou terapêuticas, o CNECV¹³⁷ considera que estas recusas têm carácter vinculativo desde que observados os requisitos de garantia da genuinidade da declaração. No caso de pedidos de intervenções ou terapêuticas, o CNECV¹³⁷ considera que o seu respeito deve ser ponderado com a necessidade de observância e respeito das leis em vigor, das boas práticas clínicas e da independência técnica dos profissionais envolvidos, assim como com a própria exequibilidade do pedido.

A Lei 25/2012¹³⁸ estabelece que as DAV não devem ser respeitadas quando se comprova que o outorgante não desejaria mantê-las, se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado, e não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura.

Atendendo a que as pessoas são livres de tomar as suas decisões, recusando intervenções relativas à sua saúde, e que o seu interesse é que o façam na posse da informação adequada, o CNECV¹³⁷ considera que as equipas de saúde, incluindo necessariamente médicos, têm o dever de informar a pessoa no contexto da elaboração das “*declarações antecipadas de vontade*”. No entanto, deve ficar claro que qualquer pessoa capaz pode optar por não querer ser informada, sem que tal afete a validade da sua decisão.

A Lei 25/2012¹³⁸ estabelece que o outorgante pode recorrer à colaboração de um médico para a elaboração das diretivas antecipadas de vontade (DAV), podendo a identificação e a assinatura do médico constar do documento, se for essa a opção do outorgante e do médico.

Penso que cabe aqui um papel ao médico de família (MF) que conhecendo o paciente, melhor o pode aconselhar e apoiar na elaboração do documento de DAV.

O CNECV¹³⁷ considera imperativo que uma “*declaração antecipada de vontade*” possa ser revogada em qualquer momento, podendo tal ser feito de modo verbal pelo seu autor, sem prejuízo de posterior formalização.

A Lei 25/2012¹³⁸ estabelece que o documento de DAV é revogável ou modificável, no todo ou em parte, em qualquer momento, pelo seu autor. Assim, o outorgante pode, a qualquer momento e através de simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde, modificar ou revogar o seu documento de DAV, devendo esse facto ser inscrito no processo clínico.

O CNECV¹³⁷ considera que a objeção de consciência só pode ser invocada caso a caso, com incidência expressa em cada uma das disposições das “*declarações antecipadas de vontade*”. Sendo invocada a objeção de consciência, a pessoa doente deve ser encaminhada, em tempo útil, para outro profissional ou outra equipa de saúde. Se necessário, a instituição será notificada.

A Lei 25/2012¹³⁸ reconhece o direito à objeção de consciência e estabelece que os estabelecimentos de saúde em que a existência de objetores de consciência impossibilite o cumprimento do disposto no documento de DAV devem providenciar pela garantia do cumprimento do mesmo, adotando as formas adequadas de cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados.

O CNECV¹³⁷ considera pertinente a existência de um registo nacional de “*declarações antecipadas de vontade*”. Que este registo funcione numa plataforma informática, sob tutela pública e validada pela Comissão Nacional de Proteção de Dados Pessoais. O registo possa ser consultado por profissionais de saúde, mediante justificação que fique registada no momento do acesso. Recomenda ainda o CNECV¹³⁷ que de todos estes acessos sejam feitas notificações automáticas ao autor da “*declaração antecipada de vontade*” e, se existir, ao Procurador de Cuidados de Saúde. Recomenda também que o acesso não justificado seja sancionado penal ou disciplinarmente¹³⁷.

A Lei 25/2012¹³⁸ estabelece que todos aqueles que no exercício das suas funções tomem conhecimento de dados pessoais constantes do documento de diretivas antecipadas de vontade (DAV) ficam obrigados a observar sigilo profissional, mesmo após o termo das respetivas funções. A violação deste dever constitui ilícito disciplinar, civil e penal, nos termos de lei.

Concluindo, a simples legalização do testamento vital não esgota, na opinião de Rui Nunes¹³⁹, a complexidade do fenómeno da morte, mas identifica um caminho; o caminho da mudança no sentido da construção de uma sociedade atenta aos mais desfavorecidos, aos mais vulneráveis, nomeadamente no que se refere aos doentes em fase terminal¹³⁹.

● Lidar com a morte em casa.

Juan Gérvas¹⁴⁰ afirma que os médicos integram a tribo humana como membros escolhidos pelos deuses para o “*clã dos curandeiros*”¹⁴⁰. Esta escolha envolve direitos e deveres que apenas são compensados quando se trabalha para prevenir e aliviar o sofrimento e quando se procura que os pacientes possam morrer em paz e com dignidade¹⁴⁰. Ser tocado pelos deuses como curandeiro traz algumas prerrogativas envenenadas. O peso dos

"*curandeiros*"¹⁴⁰ é quase sempre excessivo. Esse peso terrível, que é a responsabilidade de atender às expectativas daqueles que buscam a cura, ou pelo menos o alívio da dor e do sofrimento, atinge o seu clímax quando se enfrenta a morte. Que na sociedade de hoje está escondida e disfarçada, sendo entendida como um fracasso¹⁴⁰.

Juan Gérvas¹⁴⁰ afirma que a morte parece a antítese da vida, apesar de fazer do ciclo que atende a todas as coisas vivas. A epidemiologia refere precisamente estes dois eventos complementares, nascimento e morte. Todos os seres vivos morrem¹⁴⁰. Com o desenvolvimento social, a educação, a redistribuição da riqueza e melhores cuidados de saúde mudaram as causas de morte, mas não a morte. Morte é igual a 100% da população¹⁴⁰.

Juan Gérvas¹⁴⁰ afirma que uma questão importante é saber se a atividade médica é causa de morte. Nos EUA é a terceira principal causa de morte¹⁴⁰. E se a prevenção está mudando a causa da morte, sem alongar a vida ou melhorar a qualidade da mesma. O aumento da expectativa de vida ao nascimento é acompanhada pelo aumento da expectativa de vida com dependência¹⁴⁰. Ou seja, há cem anos atrás a morte ocorria aos 40, e agora é aos 80, mas há um século a morte era rápida após uma infecção ou lesão traumática, agora chega após anos de deterioração física e mental. Nalguns aspetos, é uma falha da sociedade, que não cumpriu a aspiração de uma vida longa com uma morte rápida no fim¹⁴⁰.

Juan Gérvas¹⁴⁰ afirma que é também um fracasso da medicina, porque a morte tornou-se mais inumana, ocorrendo no hospital, tendo sido transferida da casa do paciente para um ambiente de capacidade técnica médica, mas desumanizado, como foi tal possível. A aspiração era "*alta qualidade, baixa quantidade, tecnologia apropriada e tão perto quanto possível do paciente*"¹⁴⁰. Nós morremos depois de anos de lenta deterioração da atividade física e mental, e morremos num hospital, longe das pessoas e das coisas que amamos.

É uma perspetiva que requer a consideração da necessidade de limitar o esforço de diagnóstico e terapêutica ao estado do paciente. Em que é também obrigatório respeitar a sua autonomia. E esta é a chave para compartilhar com ele o diagnóstico e prognóstico, sem deixar que a família determine a ocultação e a dissimulação¹⁴⁰. "*Compartilhar*" não é impor; a verdade deve ser revelada no tempo e pela forma adequada, no entanto nunca depois de perder a capacidade de decidir ou após a morte, obviamente¹⁴⁰.

A tecnologia está cada vez mais perto de casa, onde pode chegar agora todo o tipo de serviços, desde a imprensa escrita, a rádio, a televisão, os livros, os vastos recursos da internet, até aos alimentos e cuidados de higiene. Em contrapartida, a tecnologia médica está "*sequestrada*"¹⁴⁰ nos hospitais, de modo que para a ela aceder tem que se viajar até lá, e é assim que os pacientes terminais acabam em serviços descoordenados, quer no atendimento ambulatorio quer de emergência¹⁴⁰. E os pacientes acabam muitas vezes os seus dias no hospital ao abrigo de um esforço de tratamento estéril e desumano.

Com a implementação e divulgação dos cuidados paliativos muitos pacientes recebem alta do hospital com referência para eles. O resultado final é que os médicos em geral estão perdendo a capacidade para lidar com pacientes terminais, acreditando que o melhor é enviá-los para especialistas¹⁴⁰. É o uso do hospital específico para cuidados paliativos,

onde novamente são oferecidos serviços que exigem sair de casa e esperar a morte num “corredor da morte”¹⁴⁰. O hospital de cuidados paliativos cumpre perfeitamente a aspiração social de ignorar a morte, porque assim não há “contaminação” do hospital geral, onde os pacientes podem ser curados e sobreviver¹⁴⁰. Em muitos casos, os lares, “casas de repouso”, de facto também cumprem esta função. Confrontada com a possibilidade de morte de um velho, rapidamente a família fá-lo sair de casa, e temos a morte moderna, lenta, com anos de declínio e dependência. Algo que está errado, não há dúvida¹⁴⁰.

Juan Gérvas¹⁴⁰ afirma que, nem sempre, a morte é o pior resultado. Às vezes, os pacientes sobrevivem em condições que os seus familiares julgam serem muito piores do que a morte. Por exemplo, nos casos de estado vegetativo persistente¹⁴¹, em que após se conseguir evitar a morte com a ressuscitação cardiopulmonar, os doentes apresentam uma deterioração irreversível do córtex cerebral. Viver não é sempre a melhor opção, se tivermos simplesmente uma manutenção de sinais vitais¹⁴⁰. A santidade da vida é importante, assim como a dignidade e a integridade humanas. A pertença ao “clã dos curandeiros”¹⁴⁰ não dá o direito aos médicos de prolongar a vida sem dignidade ou integridade. É objetivo da medicina evitar a morte inevitável, mas evitável. Assim, é nosso dever vacinar contra o tétano e assistir rapidamente a um paciente com tétano, por exemplo, mas já não é nosso dever prolongar a agonia de pacientes terminais com tétano, tratados demasiado tarde¹⁴⁰. Se a morte é inevitável o médico deve mudar o alvo, de “prevenir, curar e aliviar”¹⁴⁰ para “ajudar a morrer com dignidade”¹⁴⁰. A dignidade dos nossos pacientes é a nossa.

Se a saúde é um valor social importante na medida em que faz parte da aspiração dos comuns mortais, também é um valor clínico e o tratamento deve ser o adequado a evitar, ou pelo menos ajudar a viver com a doença, mas, acima de tudo, permitir a morte com dignidade¹⁴⁰. Os médicos não lidam com simples peças mecânicas doentes, mas com seres complexos confrontados com situações de vida, que muitas vezes excedem os limites, desencadeando o vazio. Respondemos a essas situações com qualidade científica, técnica e humana, e o uso adequado dos recursos através da preservação e promoção de conhecimentos, habilidades e atitudes¹⁴⁰. Mas tudo isso não é suficiente, se não houver empenho pessoal em estabelecer vínculos humanos. Como médicos, devemos aspirar a conhecer o nome dos nossos pacientes, e eles devem conhecer o nosso compromisso expresso de conhecimento mútuo, solidariedade, compaixão, empatia e compreensão¹⁴⁰. Esta visão deve ser comum a toda a classe médica, mas deve ser um valor sagrado para os médicos de família (MF). Que se caracteriza por visitar o paciente em casa, para estar à sua cabeceira quando a doença é grave ou quando for necessário¹⁴⁰. O MF procura estabelecer uma relação pessoal, que dura ao longo do tempo, com o paciente, sua família e comunidade. Oferece uma variedade de serviços clínicos, com a flexibilidade necessária para garantir o acesso a cuidados de saúde conforme necessário. Naturalmente, este compromisso expressa-se melhor na prestação de serviços para facilitar o morrer em casa com dignidade¹⁴⁰.

Juan Gérvas¹⁴⁰ considera que hoje em dia o MF pode oferecer mais ciência e tecnologia, e é capaz de efetivamente aliviar a dor e outros sinais e sintomas habituais no paciente terminal, como dispneia, insónia, ansiedade, ascite, mal-estar, obstipação persistente, edemas periféricos, depressão e úlceras decúbito. Na verdade, o cuidado ao paciente terminal é a última expressão do compromisso do MF, que envolve o estabelecimento

de uma relação pessoal, que é muito mais do que uma “*relação*”¹⁴⁰, porque se transforma num compromisso “*para a vida*”¹⁴⁰, numa “*aposta*”¹⁴⁰ de tentar que os pacientes morram após o seu médico. Mas quando a morte do paciente se impõe e a “*aposta*”¹⁴⁰ é perdida há que oferecer serviços ao domicílio que facilitem o morrer com dignidade. Deve-se fazer um esforço para limitar os procedimentos de diagnóstico e racionalizar a terapêutica, fazendo uso de analgésicos opióides, mesmo que o seu uso apresse a morte¹⁴⁰. Não se justificando assim pedidos do paciente para que se dê fim aos seus sofrimentos através da eutanásia ou do suicídio assistido. No entanto, nada impede que o MF aceite debater com o seu paciente o tema da eutanásia, aliás a classificação internacional de cuidados de saúde primários (ICPC)¹⁴² tem um código específico (A20) para “*pedido/discussão da eutanásia*”.

Se aceitamos, como tem sido demonstrado, que o médico é um importante placebo¹⁴³, ou seja, que a mera presença e atividade do médico “*per se*”¹⁴⁰ é o que mais alivia, conforta e até mesmo cura o paciente, então o médico que ele melhor conhece e ama é o placebo mais poderoso¹⁴⁰. Um bom médico de família (MF) sabe tudo sobre o seu paciente e pode fornecer os cuidados necessários, usando ocasionalmente os recursos das “*equipas de cuidados terminais*”¹⁴⁰. Naturalmente, que comprometer-se a tomar decisões 24 horas por dia, todos os dias do ano, é um compromisso muito exigente e que deve ser bem reconhecido e recompensado. Porque é difícil seguir o paciente terminal de dia e de noite, ao fim de semana e feriados. Mas se houver reconhecimento e incentivo, a quem tenha capacidade e vontade para cumprir o compromisso deve ser exigido cuidados de qualidade demonstráveis¹⁴⁰. E assim pode ser alcançado, nomeadamente, que “*o paciente possa morrer quando acontecer*”¹⁴⁰, porque atualmente morrer fora do horário laboral, especialmente ao fim de semana e feriados, acarreta enormes dificuldades para algo tão simples como certificar o óbito e iniciar os procedimentos de enterro¹⁴⁰. A família do paciente terminal precisa de ajuda específica. Os cuidados a um dependente no domicílio têm um custo altíssimo em esforço físico, psicológico e económico. Por isso, é fundamental a cooperação dos serviços sociais, e a promoção de trabalho voluntário, com ou sem envolvimento religioso. Em qualquer caso, os aspetos espirituais são inerentes à evolução dos seres humanos e devem ser sempre considerados, com maior ênfase antes da morte¹⁴⁰.

Juan Gérvas¹⁴⁰ afirma que nada produz mais alívio que a visita do MF, que na sua atividade diária visita o paciente terminal no domicílio. Este encontro médico-paciente-cuidador(es), com a mala cheia de recursos, conhecimentos atualizados, de coração aberto, para gestos de amizade, e de tempo sem (aparente) limite, acalma e conforta mais do que a morfina¹⁴⁰. Escusado será dizer que a última visita pode ser a mais terapêutica, quando chega o médico para certificar o óbito, com a família e um vizinho por testemunhas, quando o médico reconhece e trata com dignidade o corpo e, manifesta as suas condolências, afirmando solenemente e com respeito: “*Desejo manifestar o meu reconhecimento a esta família, que soube prestar todo o cuidado devido a este paciente, que morreu em paz e com dignidade*”¹⁴⁰.

É tempo de os médicos de família oferecerem estes serviços, que a sociedade e a ética exigem. Morrer com dignidade em casa é um direito inalienável do ser humano. À transcendência da morte não podemos responder com a indignidade de uma morte cruel, prolongada e sequestrada, longe das coisas e das pessoas queridas¹⁴⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Fernández, M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de “Ética y derecho médico”. 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Disponível em: <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>.
2. Melo, M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral*. 2007; 23: 289-93.
3. Fletcher, RH. et al. *Clinical Epidemiology - the essentials*. 3th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
4. Bentzen, N. (ed). *WONCA Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
5. Gérvas, J. Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006; 20(Supl 1): 127-34.
6. Gérvas, J. Innovación tecnológica en medicina: una visión crítica. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22(6): 723-7.
7. Almeida, LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Rev Port Saude Publica*. 2005; 23(1): 91-6.
8. Moynihan, R. et al. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002; 324(7342): 886-90.
9. Welch, H., et al. What's making us sick is an epidemic of diagnoses. *New York Times*. 2007 Jan 2.
10. Melo, M. et al. As visitas dos delegados de informação médica: qual a utilidade da sua informação? *Rev Port Clin Geral*. 2003; 19: 503-9.
11. Gérvas, J. et al. Genética y prevención cuaternaria. el ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria*. 2003; 32(3): 158-62.
12. Hespanhol, AP. et al. A medicina preventiva. *Rev Port Clin Geral*. 2008; 24: 49-64.
13. Getz, L. et al. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ*. 2003; 327: 498-500.
14. Sackett, DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002; 167(4): 363-4.
15. Ellis, J. et al. Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet*. 1995; 346: 407-10.
16. Sackett, DL. et al. Controversy in the detection of disease. *Lancet*. 1975; 2: 357-9.
17. Gérvas, J. et al. Pago por desempenho («pay for performance» [P4P]). *AMF*. 2008; 4(6): 344-352.
18. Macinko, J. et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *HSR*. 2003; 38: 831-65.
19. Melo, M. et al. Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto da situação no atual momento da Reforma. *Rev Port Clin Geral*. 2011; 27: 28-34.
20. APMCG – Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Declaração da Madeira. Lisboa: APMCG; 1998.
21. Despacho Normativo n.º 9/2006. D.R. I Série-B. 34 (16-02-2006); 1256-1258.
22. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa; 2006.
23. Rosenthal, MB. et al. Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement. *Health Affairs*. 2004; 23(2): 127-141.
24. Glass, KP. et al. Incentive-Based Physician Compensation Models. *J Ambulatory Care Manage*. 1999; 22(3): 36-46.
25. Portaria n.º 301/2008. D.R. I Série. 77 (18-04-2008); 2278-2281.

26. Eldridge, C. et al. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning* 2009; 24: 160-166.
27. Campbell, S. et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med.* 2009; 361: 368-78.
28. Nelson, AR. Pay-for-performance programs: Ethical questions and unintended consequences. *Current Clinical Practice.* 2007; 1: 16-8.
29. Snyder, L. et al. American College of Physicians. Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med.* 2007; 147(11): 792-4.
30. Rosenthal, MB. et al. Early experience with payfor-performance: from concept to practice. *JAMA.* 2005; 294(14): 1788-93.
31. Petersen, LA., et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med.* 2006; 145: 265-272.
32. Scott, A. et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review). *Cochrane*; 2011, Issue 9. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>.
33. Santos, I. Pedidos desapropriados de certificados. *Rev Port Clin Geral.* 2008; 24(1): 67-73.
34. Green, MJ. Inappropriate requests for medical exemptions and privileges. In: Sugarman, J. (ed). *Ethics in Primary care.* New York: McGraw-Hill; 2000: 13-25.
35. Toon, PD. Ethical aspects of medical certification by general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1992; 42: 486-488.
36. Kass, LR. Ethical dilemmas in the care of the ill. *JAMA.* 1980; 244: 1811-1816.
37. Morreim, EH. Gaming the system. Doidging the rules, ruling the dodgers. *Arch Intern Med.* 1991; 151: 443-447.
38. Holleman, WC. et al. School and Work release evaluation. *JAMA.* 1988; 269(34): 23629-634.
39. Garcia de La Puerta, M. Análisis de dilemas éticos en atención primaria. *Med Fam.* 2000; 1: 89-93.
40. Orme-Smith, A. et al. *Ethics in General Practice.* London: Radcliffe Medical Press; 2001.
41. Ordem dos Médicos. Regulamento n.º 14/2009. Diário da República n.º 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009.
42. Lourenço, A. Do injustificável ao ajustado – Notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. *Rev Port Clin Geral.* 2008; 24(1): 75-84.
43. Jonas, H. The imperative of responsibility. In: Jonas, H. *Search of an Ethics for the Technological Age.* Chigado: University of Chicago Press; 1984.
44. Kravitz, RL. et al. Patient's perceptions of omitted examinations and tests: A qualitative analysis. *J Gen Intern Med.* 2000; 15(1): 38-45.
45. Schattner, A. et al. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 21.
46. Silvério Marques, M. *O espelho declinado. Natureza e Legitimação do Acto Médico.* Lisboa: Ed. Colibri; 1999.
47. Braddock, CH.3rd, et al. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 1997; 12: 397-8.
48. Paris, JJ. et al. Ethical Context for Physician Refusal of Requested Treatment. *Journal of Perinatology.* 1991; 11: 273-275.
49. Almeida, R. et al. Ética e relações profissionais. *Rev Port Clin Geral.* 2008; 24: 97-105.
50. Royal College of General Practitioners. *Good Medical Practice for General Practitioners.* 2002. Disponível em: http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/good_med_prac/GMP06.pdf.

51. Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, IP. Documento Guia sobre a análise de projectos de investigação clínica por uma Comissão de Ética para a Saúde. 2010. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Documento_Guia_Analise_Projectos.pdf.
52. WMA – World Medical Association. Ethical principles for medical research involving human subjects. Helsinki 1964 (revisão 2008). Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
53. Resolução da Assembleia da República N.º 1/2001. D.R. I Série A 2 (03-01-2001); 14-36. – 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 da Biomedicina (Conselho da Europa 1997).
54. CIOMS – Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva, Switzerland: CIOMS; 1993.
55. EMEA – European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Guideline on Good Clinical Practices. 2000. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/10/WC500004343.pdf.
56. Almeida, R. Carta aberta a um jovem investigador clínico. *Rev Port Clin Geral*. 2011; 27: 499-500.
57. Decreto-Lei n.º 28/2008. D.R. I Série. 38 (22-02-2008); 1182-1189.
58. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral. – Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26(3): 325-340.
59. Claudot, F. et al. Ethics and observational studies in medical research: various rules in a common framework. *Int J Epidemiol* 2009; 38(4): 1104-8.
60. Kho, ME. et al. Written informed consent and selection bias in observational studies using medical records: systematic review. *BMJ* 2009; 338: b866.
61. Lei n.º 12/2005. D.R. I Série-A 18 (26-01-2005); 606-611.
62. Yaphe, J. Who is na author? A fresh look at the rules and ethics of scientific authorship. *Rev Port Clin Geral*. 2011; 27: 331-2.
63. ICJME – International Committee of Medical Journal Editors [homepage on the Internet]. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. Disponível em: <http://www.ICMJE.org>.
64. Smith, R. Authorship is dying: long live contributorship. *BMJ*. 1997; 315(7110): 696.
65. Jain, SH. Negotiating authorship. *J Gen Intern Med*. 2011; 26(12): 1513-4. [doi: 10.1007/s11606-011-1754-1].
66. Chabner, BA. Ghost writers in the sky. *Oncologist*. 2009; 14(3): 199-200.
67. Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, IP. Parecer n.º 1, 2009. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Parecer_CES_01_09.pdf.
68. Granja, M. A consulta a três. *Rev Port Clin Geral* 2008; 24: 85-96.
69. General Medical Council. Confidentiality: protecting and providing information. 2004. Disponível em <http://www.gmc-uk.org/guidance/library/confidentiality.asp>.
70. Canadian Medical Association. CMA Code of Ethics. 2004. Disponível em <http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD04-06.pdf>.
71. Australian Medical Association. Code of Ethics. 2006. Disponível em [http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-6VQ2NX/\\$file/AMA_Code_of_Ethics_-_2004._Editorially_Revised_2006.pdf](http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-6VQ2NX/$file/AMA_Code_of_Ethics_-_2004._Editorially_Revised_2006.pdf).
72. Direção-Geral da Saúde. Carta dos direitos dos doentes internados. 2005. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.

73. Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practices, 3rd ed. Disponível em: <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/Practice-Support/StandardsforGeneralPractices/standard213.htm>.
74. Howe, A. et al. Involving patients in medical education. *BMJ*. 2003; 327(7410): 326-8.
75. Doyal, L. Closing the gap between professional teaching and practice. *BMJ*. 2001; 322(7288): 685-6.
76. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations. 1998. Disponível em: <http://www.gmc-uk.org/guidance/current/library/consent.asp>.
77. Cooke, F. et al. Medical students in general practice: how do patients feel? *Br J Gen Pract*. 1996; 46(407): 361-2.
78. Devera-Sales, A. et al. What do family medicine patients think about medical students' participation in their health care? *Acad Med*. 1999; 74(5): 550-2.
79. Hartz, MB. et al. Patients' attitudes and comfort levels regarding medical students' involvement in obstetrics-gynecology outpatient clinics. *Acad Med*. 2000; 75(10): 1010-4.
80. Walters, K. et al. Teaching as therapy: cross sectional and qualitative evaluation of patients' experiences of undergraduate psychiatry teaching in the community. *BMJ*. 2003; 326(7392): 740-5.
81. Ryder, N. et al. The attitude of patients towards medical students in a sexual health clinic. *Sex Transm Infect*. 2005; 81(5): 437-9.
82. O'Flynn, N. et al. Does teaching during a general practice consultation affect patient care? *Br J Gen Pract*. 1999; 49(438): 7-9.
83. Benson, J., et al. Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching: observational and qualitative study. *BMJ*. 2005; 331(7508): 89.
84. O'Flynn, N., et al. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *BMJ* 1997; 315(7116): 1142.
85. Spencer, J. et al. Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Med Educ*. 2000; 34(10): 851-7.
86. WMA – World Medical Association. Declaration on the Rights of the Patient. Lisboa 1981 (revista em 2005). Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/l4.htm>.
87. General Medical Council. Good Medical Practice. 2006. Disponível em: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/index.asp.
88. American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. 2001. Disponível em: <http://www.abim.org/pdf/publications/professionalism.pdf>.
89. Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, IP. Parecer nº 20, 2010. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Parecer_CES_20_2010.pdf.
90. Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, IP. Parecer nº 101, 2011. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Parecer_CES_101_2011.pdf.
91. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer nº 60CNE-CV2011. Parecer sobre informação em saúde e registos informáticos de saúde. Disponível em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1318269169_CNECV%20P_60_2011%2010.10.11.pdf.
92. Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, IP. Documento Guia sobre Consentimento Informado. 2009. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf.
93. Código Penal, art.º 142.º. LEI n.º 59/2007. D.R. I Série 170 (04-09-2007); 6181-6258.

94. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 16/DSMIA, de 05/12/2001. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?cr=6795&back=1>.
95. Lei n.º 3/84. D.R. I Série 71 (24-03-1984); 981-983.
96. Lei n.º 32/2006. D.R. I Série 143 (26-07-2006); 5245-5250.
97. Direção-Geral da Saúde. Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar, Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2008.
98. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 15/01/2007. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/wwwbase/acessibilidade/aaaDefault.aspx?f=3&back=1&id=12974>.
99. Lei n.º 36/98. D.R. I Série-A 169 (24-07-1998); 3544-3550.
100. Lei n.º 12/93. D.R. I Série-A 94 (22-04-1993); 1961-1963.
101. Lei n.º 22/2007. D.R. I Série 124 (29-06-2007); 4146-4150.
102. Lei n.º 12/2009. D.R. I Série 60 (26-03-2009); 1876-1897.
103. Decreto-Lei n.º 267/2007. D.R. I Série 141 (24-07-2007); 4696-4717.
104. Comissão Nacional de Proteção de Dados. Deliberação n.º 61/2004. Disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/orientacoes/DEL61-2004-VIDEOVIGILANCIA.pdf>.
105. Comissão Nacional de Proteção de Dados. Autorização n.º 287/2006. Disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/decisooes/2006/htm/aut/aut287-06.pdf>.
106. Código Penal, art.º 192.º. LEI n.º 59/2007. D.R. I Série 170 (04-09-2007); 6181-6258.
107. Joint Commission. Update 2 to the 2010 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH). 2010.
108. Spurling, GK. et al. Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. *PLoS Med.* 2010; 7(10): e1000352. doi:10.1371/journal.pmed.1000352.
109. Manchanda, P. et al. The effects and role of direct-to-physician marketing in the pharmaceutical industry: an integrative review. *Yale J Health Policy Law Ethics.* 2005; 5: 785-822.
110. Ching, A. et al. The effects of detailing on prescribing decisions under two-sided learning. Toronto: Rotman School of Management, University of Toronto. 2007. Disponível em: <http://mpa.ub.uni-muenchen.de/4935/>.
111. Gonul, F. et al. Promotion of prescription drugs and its impact on physicians' choice behaviour. *J Marketing.* 2001; 65: 79-90.
112. Mansfield, PR. et al. Educating health professionals about drug and device promotion: advocates' recommendations. *PLoS Med.* 2006; 3: e451. [doi:10.1371/journal.pmed.0030451].
113. Brody, H. The company we keep: why physicians should refuse to see pharmaceutical representatives. *Ann Fam Med.* 2005; 3: 82-85.
114. Gérvas, J. et al. Physicians, the industry and population health *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63(10): 773-4.
115. Mansfield, P. Accepting what we can learn from advertising's mirror of desire. *BMJ.* 2004; 329: 1487-8.
116. Granja, M. Ligações Perigosas. Os Médicos e os Delegados de Informação Médica. *Acta Med Port.* 2005; 18: 61-68.
117. Costa, A. et al. A nova geração de supervendedores. *Exame.* 1999; 10(128): 44-48.
118. Ziegler, MG. et al. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA.* 1995; 273: 1296-1298.
119. Kelcher, S., et al. Structured approach to pharmaceutical representatives - family medicine residency program. *Can Fam Physician.* 1998; 44: 1053-1060.
120. Chren, MM. et al. Physicians' behavior and their interactions with drug companies - a controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA.* 1994; 271: 684-689.
121. Caudill, TS. et al. Physicians, pharmaceutical representatives and the cost of prescribing. *Arch Fam Med.* 1996; 5(4): 201-206.

122. Spingarn, RW. et al. When pharmaceutical manufacturers' employees present grand rounds, what do residents remember? *Acad Med.* 1996; 71(1): 86-88.
123. Roughead, EE., et al. Commercial detailing techniques used by pharmaceutical representatives to influence prescribing. *Aust N Z J Med.* 1998; 28(3): 306-310.
124. Lexchin, J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician.* 1997; 43: 941-945.
125. Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry – Is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000; 283(3): 373-380.
126. Slawson, DC. et al. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *J Fam Pract.* 1994; 38: 505-13.
127. Shaughnessy, AF. et al. Pharmaceutical representatives. *BMJ.* 1996; 312: 1494.
128. Greenhalgh, T. How to read a paper: papers that report drug trials. *BMJ.* 1997; 315: 480-3.
129. Slawson, DC. et al. Teaching information mastery: evaluating information provided by pharmaceutical representatives. *Fam Med.* 1995; 27: 581-5.
130. Somerset, M., et al. Dramaturgical study of meetings between general practitioners and representatives of pharmaceutical companies. *BMJ.* 2001; 323: 1481-4.
131. Royal Australian College of General Practitioners. Acceptance of gifts – guidelines. Disponível em: <http://www.racgp.org.au/folder.asp?id=291>.
132. American Medical Association. Ethical opinions/guidelines – gifts to physicians from industry. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html>.
133. Nunes, R. Introdução. In: Nunes, R. et al. (ed). *Testamento Vital*. Coimbra: Almedina; 2011: 13-15.
134. Nunes, R. Diretivas Antecipadas de Vontade. In: Nunes, R. et al. (ed). *Testamento Vital*. Coimbra: Almedina; 2011: 81-140.
135. Pimentel, FL. *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina; 2006.
136. Veríssimo, MT. *Exercício Físico e Envelhecimento*. Coimbra: edição de autor; 1998.
137. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer 59/CNECV/2010. Parecer sobre os projetos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. Disponível em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1293115760_Parecer%2059%20CNECV%202010%20DAV.pdf.
138. Lei n.º 25/2012. D.R. I Série 136 (16-07-2012); 3728-3730.
139. Nunes, R. Considerações finais. In: Nunes, R. et al. (ed). *Testamento Vital*. Coimbra: Almedina; 2011: 141-142.
140. Gérvas, J. Morir en casa con dignidad (cuidados a pacientes terminales). Ponencia desarrollada el 22 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Disponível em: <http://www.equipoceca.org/organizacion-de-servicios/morir-en-casa-con-dignidad-una-posibilidad-si-hay-apoyo-y-cuidados-de-calidad/>.
141. Simões, JA. A paragem da alimentação artificial nos doentes em estado vegetativo persistente. *Acção Médica.* 2003; 67(2): 69-86.
142. ICPC-2. *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários*. Segunda Edição. Lisboa: ACSS; 2011.
143. Balint, M. *O médico, o seu doente e a doença*. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.

8. CONCLUSÃO

Os problemas éticos nos cuidados de saúde primários são constituídos, de maneira geral, por preocupações do dia-a-dia dos cuidados de saúde e não por situações críticas que requeiram soluções ponderadas, como as enfrentadas no contexto hospitalar.

Também apontam para a responsabilidade ética dos gestores da saúde, uma vez que muitos dos problemas éticos decorrem da estruturação dos serviços. Evidenciando, assim, que a excelência ética e técnica da prática dos profissionais de saúde passa, obrigatoriamente, pelas políticas públicas de saúde e pelas condições organizacionais das instituições e do sistema de saúde.

As soluções propostas neste trabalho, indicam que os profissionais de saúde, devem de uma maneira geral ter a preocupação de preservar os direitos individuais, mas procurar fazê-lo de uma forma que proteja tanto os vínculos familiares quanto os da equipa com os pacientes, o que pode ser considerado como uma mistura das abordagens éticas principialista e do cuidado.

Nesta junção ainda tem lugar o raciocínio por analogia e paradigma na análise dos problemas éticos. Entretanto, a utilização da casuística como um método na tomada de decisão face a problemas éticos no contexto dos cuidados de saúde primários, enfrenta limitações e requer a constituição de um reportório de casos que incorpore as diferentes circunstâncias e situações próprias desta esfera de cuidados de saúde e que possam servir para paradigma e analogia.

O trabalho em saúde, a despeito da fragmentação e tecnicismo do seu processo de produção, ainda é percebido por muitos profissionais como uma prática, no sentido defendido por Alasdair MacIntyre. Como tal, admitem haver um bem interno que os mobiliza e quando este não é atingido, o trabalho em saúde perde o seu sentido e fica encoberto na sua dignidade, equiparando-se a uma outra ocupação qualquer. Abre-se, desta maneira, um espaço para a ética das virtudes nas atitudes éticas destes profissionais e das equipas de saúde em cuidados de saúde primários.

A capacidade para tomar decisões frente aos problemas éticos que emergem das situações do dia-a-dia é essencial para a excelência profissional e dos cuidados de saúde, pois para que estes cuidados mereçam o qualificativo de excelente devem aliar à qualidade técnica a correta tomada de decisão ética, por parte dos profissionais.

A abordagem ética inclui o exame de situações que envolvam problemas éticos através da análise, ponderação, justificação, escolha e avaliação das razões concorrentes numa dada circunstância, proporcionando oportunidade para discutir valores e determinar a justificação moral para o decurso de ação escolhida. Na abordagem ética do dia-a-dia, os profissionais de saúde misturam as explicações dos princípios, regras, direitos, virtudes, analogias, paradigmas, narrativas, correlacionando o mais geral (teorias, princípios, regras) com o mais particular (juízos de casos, sentimentos, percepções, práticas, etc.). Esta mistura, além de indicar que uma única perspectiva seria incapaz de abarcar a amplitude e diversidade da dimensão moral da experiência humana, possibilita a convergência na solução de problemas éticos por uma equipa, ainda que persistam diferenças teóricas entre os seus membros.

O facto dos problemas éticos nos cuidados de saúde primários não serem caracterizados por situações dilemáticas merecedoras de destaque mediático, mas o serem aspetos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária, não significa que sejam de menor importância, mas sim que os cuidados de saúde primários, quando comparados com os hospitalares, lidam com factos e valores distintos e, por vezes, de maior amplitude e complexidade, ainda que de menor dramaticidade.

Estas particularidades dos problemas éticos vividos nos cuidados de saúde primários podem resultar numa dificuldade em percebê-los. O que pode colocar em causa a prestação de cuidados pelas equipas de saúde e resultar no rompimento da relação ética estabelecida entre os profissionais e os pacientes, pois, embora os problemas identificados neste contexto pareçam triviais, frente aos típicos do hospital, e sejam subtis a ponto de passarem despercebidos, podem implicar, quando inadequadamente solucionados, consequências negativas, por vezes desastrosas para os pacientes, para as suas famílias, para as relações com a equipa de saúde e para a comunidade local.

A atuação nos cuidados de saúde primários requer um redireccionamento não só da prática clínica, mas também da análise ética, desfocando-a do hospitalocentrismo e da alta especialização que marcam o sistema de saúde e a formação dos profissionais, que tem levado a bioética a centrar-se nas situações limite, em detrimento das situações do dia-a-dia.

A reorganização dos cuidados de saúde primários, atendendo à estratégia das unidades de saúde familiares (USF), parece reforçar a necessidade da sensibilidade e compromisso ético, uma vez que a sua efetivação não se deve resumir a uma nova configuração da equipa técnico assistencial ou da unidade prestadora de saúde. Assim, se a construção do serviço nacional de saúde configura um processo ético por exigir dos envolvidos, como os políticos, gestores, profissionais e pacientes, mudanças de atitudes e de cultura frente aos cuidados de saúde, as USF ampliam e aprofundam esse trajeto ético.

As equipas de saúde das USF têm de exercer uma nova prática marcada pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde/doença das famílias, exigindo às equipas empenho para a sua transformação.

Deste modo, a abordagem dos problemas éticos que surgem nos cuidados de saúde primários será incompleta se não incorporar a questão das desigualdades sociais e das políticas públicas na sua discussão, análise e deliberação. Sendo necessário reler as distintas propostas da bioética, dando-lhes uma configuração mais estruturante.

Justificam-se investigações que possibilitem aprofundar a bioética nos cuidados de saúde primários em que tradicionalmente existe uma prestação de cuidados de saúde mais holística, em que o foco é a pessoa ou a família e não a doença ou o sistema orgânico.

