

Prioridades na Saúde

UMA QUESTÃO DE JUSTIÇA SOCIAL

Organização:
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA
SERVIÇO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA - FMUP

Presidente:
RUI NUNES

Comissão Organizadora:
GUILHERMINA REGO
IVONE DUARTE
MIGUEL RICOU
CRISTINA BRANDÃO
HELENA MELO
ANA PAULA CABRAL
NATÁLIA OLIVA TELES
STELA BARBAS
FILIPA SANTOS

Local:
Salão Nobre da Ordem dos Médicos - PORTO
Rua Delfim Maia

Contactos:
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto
Tel: 225 572 582 • Fax: 225 572 583

12

CONGRESSO
NACIONAL
DE BIOÉTICA

13 e 14 Janeiro 2012

4º FÓRUM
LUSO-BRASILEIRO
DE BIOÉTICA

RESUMOS



LIVRO DE RESUMOS DO
12º CONGRESSO NACIONAL
DE BIOÉTICA

4º FÓRUM LUSO-BRASILEIRO DE BIOÉTICA

Prioridades
na **Saúde**
UMA QUESTÃO DE
JUSTIÇA SOCIAL

RUI NUNES
GUILHERMINA REGO

Ficha Técnica

Título original

Livro de Resumos do 12º Congresso Nacional de Bioética
"Prioridades na Saúde - Uma Questão de Justiça Social"

Autores

Rui Nunes e Guilhermina Rego

Design

SerSilito

Fortunato Cardoso Silva

1ª Edição

janeiro de 2012

ISBN

978-989-99981-0-0

PALAVRAS DE ABERTURA

RUI NUNES

PRESIDENTE DO 12º CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA

Prioridades na saúde. Será que é uma questão de justiça social? A meu ver sim, e por duas razões diferentes.

Em primeiro lugar porque a saúde é um bem social e económico de primeira necessidade. Está bem plasmado no subconsciente coletivo que a saúde não tem preço porque, de facto, a doença, a deficiência ou a incapacidade fragilizam a pessoa e impedem a autorrealização pessoal. Outras necessidades são relativizadas – mesmo subalternizadas – quando se está doente. Quando uma pessoa experimenta e vive um episódio de doença frequentemente regride e adota uma atitude de intensa vulnerabilidade. Por isso, qualquer sociedade moderna e desenvolvida coloca o direito à proteção da saúde no elenco dos direitos básicos e inalienáveis conferindo-lhe mesmo dignidade constitucional.

Em segundo lugar porque a inversão da pirâmide demográfica e outros fatores civilizacionais impedem a viabilidade do Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*) nos seus moldes atuais. E os sistemas públicos de proteção da saúde, tal como o Serviço Nacional de Saúde (SNS), estão particularmente expostos aos constrangimentos financeiros da atualidade. Isto porque, em grande medida, não se consegue traçar uma distinção ética, social e politicamente relevante sobre qual o conjunto de prestações que podem e devem estar sob a alçada de uma provisão universal. Em Portugal, esta circunstância originou um crescimento desproporcionado do SNS com uma profunda repercussão na sua sustentabilidade futura. E, esta sustentabilidade é precisamente uma questão de justiça social. Justiça no sentido de que qualquer pessoa deve ter acesso a um leque adequado de bens e serviços de saúde independentemente do seu nível de rendimento, do local de residência ou de qualquer outra característica arbitrária.

É sobre a necessidade de se reformularem os fundamentos éticos do sistema de saúde que se debruça o 12º CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA. Sobre o imperativo ético/social de se estabelecerem prioridades, nomeadamente sobre o modo como deve ser gerido o Serviço Nacional de Saúde, que bens e serviços devem ser providos aos cidadãos,

quais os mecanismos de financiamento a adotar, quais os deveres dos cidadãos em proteger a sua saúde, entre muitas outras temáticas. Temáticas que, num ambiente plural e diversificado, vão encontrar pela pena de especialistas em diferentes áreas do conhecimento – da medicina, da enfermagem, do direito, da gestão, da economia e mesmo da ciência política – uma reflexão séria e profunda sobre o rumo que o nosso sistema de saúde deve ter ao longo dos próximos anos. Mas é também através de uma análise comparada com outros sistemas de saúde – nomeadamente o britânico (National Health Service - NHS) e o brasileiro (Sistema Único de Saúde – SUS) – que se poderá ter uma noção concreta do impacto da globalização no devir comum da humanidade.

Em síntese o 12º CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA é o congresso da esperança. A esperança de que um sistema de saúde moderno e sustentável seja o garante de que a justiça social não venha a ser, simplesmente, uma miragem.

PRÉMIO CIDADÃO HONORÁRIO DO PORTO CIDADE DE CIÊNCIA

KIERAN WALSHE

UNIVERSITY OF MANCHESTER

CURRICULUM VITAE

Kieran Walshe is Professor of Health Policy and Management at Manchester Business School. He is director of the Institute of Health Sciences at the University of Manchester (www.ihs.manchester.ac.uk) and head of implementation and health of the public for the Manchester Academic Health Sciences Centre (www.mahsc.ac.uk). He is also director of the National Institute of Health Research service delivery and organisation (SDO) research programme, which exists to serve the research needs of managers and leaders in the NHS (www.sdo.nihr.ac.uk). From 2003 to 2006 he directed the Centre for Public Policy and Management in Manchester Business School.

Kieran Walshe has twenty years experience in health policy, health management and health services research. He has previously worked at the University of Birmingham, the University of California at Berkeley, and the King's Fund in London, and has a professional background in healthcare management. He often works at the interface between research and practice and values the opportunities it offers to engage with the policy and practitioner communities and to put ideas into action. He has particular interests and expertise in quality and performance in healthcare organisations; the governance, accountability and performance of public services; and the use of evidence in policy evaluation and learning. He has led a wide range of research projects funded by the ESRC, Department of Health, NIHR, and EU FP7 programme, and other government departments and NHS organisations.

He writes for a wide range of academic and professional journals, including the British Medical Journal, Health Service Journal, Health Affairs, Milbank Quarterly, Public Money and Management, and Quality and Safety in Healthcare. His books include *Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement* (2003); *Patient Safety: Research into Practice* (2005); *Healthcare Management* (2006); *Health Policy and Management: A Reader* (2009); and *From Knowing to Doing: Connecting Knowledge and Performance in Public Services* (2010).

PRIORITIES IN HEALTHCARE RESEARCH: FROM BASIC SCIENCE TO HEALTHCARE DELIVERY

KIERAN WALSHÉ¹

RESUMO DA INTERVENÇÃO

In many countries, health research funders are beginning to recognise that investments in basic biomedical research and clinical and therapeutic research is often not translated into advances in clinical practice and in health services delivered to patients, or that the process for moving from a scientific advance to its incorporation into clinical practice is slow and uncertain. As a result, health research funders are increasingly focusing on health services research, which aims to understand how health services are organised and provided, and how health systems deliver healthcare to patients and populations. This presentation will explore how the National Institute for Health Research in the UK has responded to this need, and will use examples from the NIHR service delivery and organisation research programme to illustrate the essential contribution of health services research.

¹ University of Manchester

SAÚDE, MEDICINA E EQUIDADE

ROBERTO LUIZ D'AVILA¹

Os três temas que me foram solicitados para fazer uma abordagem em 60 minutos na abertura do XII Congresso Português de Bioética, a ser realizado em 13 e 14 de janeiro de 2012, na cidade do Porto, necessitariam de uma abordagem conceitual, individualizada e pormenorizada do que se entende por cada um dos temas. Entretanto, optei por fazer uma abordagem sistêmica, conjunta e encadeada dos três temas simultaneamente, abordando o processo saúde-doença sob vários pontos de vista, com a Medicina participando ativamente tanto da promoção da saúde quanto a prevenção das doenças, além do diagnóstico das doenças e os respetivos tratamentos. Inevitável foi abordar a saúde e a doença dentro da visão sócio-política - econômica e sua implicação nas questões coletivas. Evidente e necessária, na saúde coletiva, foi o enfrentamento das questões sociais e a função do Estado na distribuição da Justiça, com igualdade e equidade. Eis um resumo da apresentação:

A Medicina tem como objetivo principal e mais característico tratar enfermos e não enfermidades, doentes e não doenças, por mais que o senso comum proclame e divulgue este equívoco. Por conta disso, é bastante frequente que a Medicina seja pensada por muitos como se fosse um instrumento profissional destinado ao tratamento das doenças, quando, na verdade, ela se destina a tratar doentes. O cuidar de doenças seria um absurdo! Os médicos existem por causa dos enfermos. Sua presença se faz necessária em todos os lugares onde as pessoas possam enfermar. Porque, como acontece com os policiais, bombeiros, soldados e outros profissionais, não se deve esperar que seu trabalho apareça para que estes sejam mobilizados e postos a serviço da sociedade, porque já será tarde.

Além disso, não se consegue identificar o momento exato do surgimento da Medicina. O primeiro médico, ou o primeiro protomédico, há de ter sido o primeiro homem que se curvou sobre seu semelhante para ajudá-lo em uma experiência de sofrimento e incapacidade, quando este sofreu um agravo à sua saúde. Para fazer isto não precisava ter nenhum conhecimento especial, nem qualquer habilidade rara, bastava-lhe ser dotado da necessária sensibilidade para compreender que o outro necessitava de ajuda e para atender

¹ Cardiologista, Ex-Professor Adjunto (aposentado) de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil, Ex-Assessor do Ministério da Saúde em Bioética, Presidente do Conselho Federal de Medicina do Brasil (2009-2014), Vice-Presidente da Confederação das Entidades Médicas da América Latina e Caribe (2010-2012) e Membro do Conselho de Ética da Associação Médica Mundial (2009- 2011).

a tal necessidade. Assim, claramente, a Medicina nasceu de um gesto de solidariedade e essa será a sua marca para sempre.

Nesse momento, muito provavelmente sem saber, essa criatura, que se deteve para ajudar o outro, inventou o humanitarismo, muito antes desta palavra ser criada para designar aquele tipo de conduta. Inventou também a Medicina, muitos séculos antes desta palavra ser criada e talvez antes da humanidade aparecer. Ou teria sido seu primeiro representante? O que se conhece de fato é que desde então, com qualquer nome que tivesse, o médico, a Medicina e o humanitarismo caminharam juntos na História da humanidade, apesar dos muitos desvios individuais e dos descaminhos institucionais.

Inicialmente, e em muitas culturas ainda hoje, surgiram os xamãs, magos, feiticeiros, curandeiros, sacerdotes-médicos e médicos leigos que atuaram em diferentes momentos mais notáveis na origem da trajetória com as quais se designavam as pessoas que conheciam e reconheciam as enfermidades e sabiam como tratar seus semelhantes que estivessem enfermos.

Para que não haja dúvida, faz-se necessário destacar que *Enfermidade* é sinônimo de afeção patológica, da condição danosa que afeta um ser vivo e *Doença* é a enfermidade reconhecida ou sentida pelo enfermo, por lhe ocasionar algum padecimento e, desse modo, é sinônimo de moléstia. Dado curioso das doenças, de todas elas, é sua possibilidade de determinar algum sofrimento ou alguma incapacidade no doente.

“A possibilidade de adoecer é um traço essencial dos seres vivos, em geral, e especialmente, dos humanos. Todos os seres humanos estão sujeitos a enfermar de alguma doença de um mesmo repertório de enfermidades, de acordo com os mesmos padrões de cada uma delas em todos os lugares. Basta que vivam o suficiente para isto. Qualquer ser vivo só não enferma se não tiver tempo para isso, se acontecer ter morrido antes de ter possibilidade de enfermar. Uma fonte da universalidade da medicina é a natureza humana comum. cedo ou tarde, todos enfermam. Aparece-nos alguma falha no corpo ou na mente. Sentimos dor e ao mesmo tempo sofremos diretamente pela enfermidade e pelo medo do que sucederá com nossas vidas. A dor e o sofrimento são reconhecidos em todas as partes, ainda quando possa haver enormes variações na tolerância e no significado que se lhes atribua e nas respostas que institucionalmente se lhes dê. Na infância e na velhice, em todas as partes - sem importar quais sejam, em cada caso, as expectativas e as respostas - as pessoas dependem, física e socialmente, de outros para remediar suas carências para enfrentar a vida o ambiente físico”. The Hastings Center Report, novembro-dezembro de 1996.

A enfermidade é sempre algo danosa para o organismo afetado por ela. É o que se denomina de dano patológico, pois o dano é o denominador comum de todas as enfermidades. Toda condição patológica produz algum dano a um organismo vivo e esta é a característica mais geral e mais essencial. Da mesma maneira que a condição de doente sempre os faz experimentar alguma regressão psicológica. Por isto, na medida em que experimentam a enfermidade, passam a necessitar de quem os cuide naquele transe que padecem; alguém que diagnostique suas doenças e que trabalhe eficazmente pela sua cura. Este fator também sofre importante influência das condições socioeconômicas e culturais da pessoa enferma. É o que chamamos de “*determinantes sociais das doenças*”. No mundo dos pobres, ricos e remediados, os pobres estão sempre muito mais expostos e menos protegidos dos fatores de risco das enfermidades e, por isso, adoecem mais enquanto dispõem de menos recursos de diagnóstico e tratamento. A exclusão do doente pobre das possibilidades de tratamento não deve ser debitada à Medicina, na mesma medida que a exclusão educacional e jurídica não deve ser debitada aos professores e aos juristas e a exclusão habitacional não pode ser atribuída aos engenheiros civis ou quem edifique casas. As causas dessas exclusões e da discriminação que ocasionam são problemas essencialmente políticos. Ainda que sejam apresentados sob diferentes disfarces. Como, por exemplo, denominam-se, sem qualquer razão, de Medicina local, regional ou nacional aos conhecimentos e procedimentos médicos obsoletos que forem administrados aos pacientes em um determinado local, região ou país.

O que varia na enfermidade de pessoa para pessoa e de um estrato social para outro são as possibilidades das enfermidades serem bem diagnosticadas e dos enfermos serem adequadamente tratados de acordo com os cânones médicos estabelecidos objetivamente e de acordo com a terapêutica conhecida. Ao invés, em muitos casos, faz-se o que se pode com os recursos de que se dispõe ali e naquele momento para sanar, aliviar ou consolar. Ou, ainda, o melhor cuidado possível para a maioria das pessoas.

Outro aspecto desse traço existencial humano é que suas enfermidades existem com padrões mais ou menos estáveis de expressão em todas as pessoas e em toda parte, notadamente de evolução e de resposta às influências externas e internas. Acontecem como fenômenos que podem ser reconhecidos, classificados e enfrentados, porque também evidenciam padrões mais ou menos regulares de evolução na dependência das influências internas ou externas a que forem submetidas. As principais diferenças da prática médica nos locais mais diferentes do globo terrestre hoje são condicionadas principalmente pela distância sócio-econômica-política entre os pacientes que as utilizam e, em segundo lugar, pela distância

cultural que possa ser identificada entre membros de uma população. Quase nunca pela distância geográfica ou outra contingência meramente espacial. O grau de justiça social que existe em um determinado país influi poderosamente no que se passa em todas as instituições contidas em seu interior. A universalidade da enfermidade se consubstancia primeiro nos princípios a universalidade, da equidade e da integralidade. Em princípio, o médico deve tratar a todos como iguais, mas se tiver que privilegiar alguém, o médico deve preferir o mais necessitado, o mais vulnerável, o que mais necessite de seus serviços. Todo enfermo deve desfrutar do direito a dispor de todos os recursos de que necessite para atender às suas necessidades clínicas. Todos os pacientes têm muitas necessidades comuns. Em todo o mundo é possível avaliar a qualidade da assistência recebida por um doente considerando sua enfermidade, suas características individuais e os procedimentos médicos a que foi submetido. Controle que sempre aconteceu em qualquer país, muito provavelmente por conta da dramaticidade que envolve aquele tipo de assistência médica. E quando isto não se faz, a resposta está na impossibilidade material ou no despreparo tecnológico. Nunca ou quase nunca como resultado de uma opção deliberada que aumente o risco do paciente em favor de uma opinião sem fundamento. A não ser em épocas mais recentes, infelizmente no Brasil, quando o sucateamento e a desumanização dos serviços sanitários públicos atingiram níveis alarmantes e promovem espetáculos lastimáveis de desassistência e de abandono dos necessitados. Essa degeneração atinge níveis trágicos nos serviços públicos de assistência médica de urgência e emergência. Locais onde, a despeito dos esforços e sacrifícios feitos pelos trabalhadores que militam ali, as pessoas não recebem o serviço que necessitam com a qualidade que lhes é devida. O próprio Conselho Federal de Medicina (CFM) tem sido um crítico feroz dessa situação, buscando minimizar, junto ao Ministério da Saúde, as condições inadequadas de atendimento e maximizar a correção dos desvios de gestão, o fazendo por meio de Resoluções doutrinárias e coercitivas. Assim, o CFM definiu por *URGÊNCIA* a “*ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata*” (Res. CFM nº 1451/95). E definiu por *EMERGÊNCIA* a “*constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato*” (Res. CFM nº 1451/95). Portanto, é exigível das autoridades públicas sanitárias (federal, estadual e municipal) um mínimo de qualidade de atenção, dentro de condições adequadas de trabalho para todos os profissionais da área da saúde, com utilização de protocolos ou diretrizes aprovadas pelas entidades médicas, buscando o melhor atendimento e tratamento dos doentes.

Contudo, importa saber que as diretrizes terapêuticas gerais e particulares não devem fazer os médicos esquecerem que o objeto de toda terapêutica é o enfermo, jamais a enfermidade. Médicos diagnosticam enfermidades e tratam enfermos. Desde seu início, estas foram suas atribuições essenciais. Mesmo sabendo que as características individuais e as formas de inserção social dos enfermos possam influir em suas enfermidades, tanto nas formas clínicas pelas quais se exteriorizam, como nas maneiras pelas quais os doentes reagem a elas e como, também, em suas respostas às medidas terapêuticas que se lhe administrem. As diretrizes diagnósticas e terapêuticas servem, principalmente, para circunscrever um campo de confiabilidade científica e, de certa maneira, legitimar aqueles procedimentos profissionais.

Neste diapasão, a Medicina não se confunde com a *assistência médica* em sentido amplo, embora o conceito de *medicina* frequentemente assuma esta significação, principalmente porque a atividade do médico costuma ser a práxis axial desta modalidade de política pública. A assistência médica, embora se desenvolva à volta do trabalho médico envolve outras profissões e outros profissionais além dos médicos que devem prestar assistência aos pacientes em colaboração recíproca, posto que todos integram as equipes assistenciais. E cada um deve ter seu papel, ético e técnico-científico, claramente estabelecido em legislação específica.

Assim, nos dias de hoje, observa-se, claramente, que tanto a Medicina quanto a Saúde, visando o bem coletivo, foram uma construção social conquistada paulatinamente com o objetivo da melhoria das condições de saúde das populações.

1. Saúde

Evidentemente tratar saúde como ausência de doença seria um reducionismo inaceitável. A Medicina não pode ser tratada de maneira tão restritiva, pois conceitualmente engloba, em seus diversos aspectos, nomeadamente antropológica e socialmente, diversas visões, muito mais abrangentes. Assim, mesmo do ponto de vista histórico, por meio de uma abordagem filosófica e cronológica, a Saúde (e sua preservação – através da Medicina) alcançou um “status” de bem-estar global, possível, assumido pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, como “*direito humano fundamental e como objetivo social a obtenção do nível mais alto de saúde possível*”. Em 1978, em Alma-Ata, acrescentou-se que o objetivo social, a ser alcançado no 2.000, seria de todos os povos terem “*um nível de saúde que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva*”. Ou seja, a saúde passou de um bem de consumo para um bem de produção, ou do bem-estar utópico e

irrealizável para o bem-estar razoável e prudente, no entender de Diego Gracia. Assim, o problema atual encontra-se não na quantidade de vida (ou saúde) mas na sua qualidade, não sendo um problema somente “médico”, como também axiológico, social e cultural.

Recentemente, a Medicina tornou-se muito mais do que uma profissão a serviço da humanidade pois emcampou não somente a cura de doenças, mas em uma participação efetiva na promoção da saúde, como também na prevenção, recuperação e reabilitação das doenças, além do diagnóstico e tratamento das mesmas.

Sua relação tão imediata e direta com a saúde é uma concepção contemporânea, fortemente influenciada pelo otimismo filosófico e pelo progressismo político. O foco na saúde e não na enfermidade é posterior, pelo menos, à Revolução Industrial. Principalmente por que, de fato, as duas expressões genéricas, ciência e arte, podem ser tidas como as suas categorizações abrangentes mais típicas e as que foram escolhidas há mais tempo para situar a Medicina em seu gênero mais próximo.

Mas, nem sempre foi assim! Historicamente, a Medicina sofreu forte influência, durante muitos séculos, das antigas concepções de doença e na Idade Média, uma forte conotação com “pecado” e “culpa”. Os gregos da Época Clássica propugnavam pela explicação das perturbações da natureza como desequilíbrio das substâncias que eles acreditavam serem as básicas de tudo o que existia no mundo (terra, água, fogo e ar). Cada coisa se diferenciava das demais pela proporção original da combinação destas substâncias nela. Tinham o equilíbrio (*eukrasia*) destas substâncias fundamentais como paradigma de normalidade. Quando se tratava da enfermidade, esta se concebia como resultado do desequilíbrio (*dyskrasia*) das substâncias elementares do organismo (sangue, linfa, bile negra e bile amarela). Criam que desta maneira se repetia no microcosmo humano o macrocosmo da natureza.

Para os Antigos, a saúde representava a harmonia dos humores e a enfermidade, sua desarmonia. Esta ideia fornecia os elementos para explicar as enfermidades e tratar os enfermos. Doutrina medica chamada humorista.

Os hipocráticos, como humoristas que eram, também sustentavam que a saúde resultava do equilíbrio das substâncias básicas do organismo humano, os quatro humores e os seus quatro estados, que eles julgavam como os componentes mais elementares do corpo humano. Todas estas concepções tinham como denominador comum noção hipocrática de saúde como equilíbrio e de enfermidade como perturbação ou perda do equilíbrio entre os componentes essenciais no interior do organismo e ou da relação do organismo com o ambiente. Cada experiência de doença era interpretada como uma perturbação das

interações destas substâncias e de tais já referidos estados da matéria componente do organismo.

Os remédios e as medidas higiênico-dietéticas que se prescreviam na Antiguidade para fazer os tratamentos estavam dirigidos para corrigir esse desequilíbrio. Objetivavam auxiliar o organismo a restabelecer o equilíbrio natural prejudicado ou perdido. Só depois, muito depois, passou-se a atentar para as propriedades terapêuticas reais dos remédios independentemente daquela concepção da natureza e do organismo.

A chave da libertação da Medicina da prisão do sobrenaturalismo nasceu nesse momento, com a concepção natural de enfermidade e a natureza (*physis*) do doente, sua constituição natural e material. Concepção esta, que situava cada ser humano como um microcosmo no interior do macrocosmo (a visão do mundo).

Até o século XVIII, os médicos acreditavam em uma teoria geral da enfermidade que explicasse, simultaneamente, todas as manifestações das doenças humanas, qualquer que fosse a forma pela qual elas se apresentassem; fosse qual fosse sua forma externa ou sua estrutura interna. O que redundaria na possibilidade de haver um único remédio capaz de curar todos os doentes, ou seja, a tão sonhada panaceia, o remédio para todas as enfermidades de todas as pessoas.

A descoberta das enfermidades infecciosas reforçou a hipótese da enfermidade única, encorajando muito as crenças unitárias a busca de agentes infecciosos em todas as enfermidades. Até hoje, há quem pretenda generalizar os conceitos patológicos de agente, hospedeiro e enfermidade. Mas esta esperança logo desapareceu. A descoberta do treponema e sua explicação para a sífilis nervosa reforçou essa tendência na psiquiatria. Ainda que, pelo menos o ciclo patogênico, agente etiológico – hospedeiro – reação patológica, passou a ser buscado em praticamente todas as entidades clínicas.

O reconhecimento da multiplicidade de enfermidades, e não de uma única com várias formas clínicas, decorreu da impossibilidade de manter o ideia do unicismo patológico e, principalmente, das descobertas dos diversos agentes etiológicos e dos diversos padrões de patogenia. As diversas maneiras pelas quais diversos agentes etiológicos poderiam causar dano ao organismo.

A descoberta da pluralidade de enfermidades humanas abriu um universo amplo para o conhecimento das enfermidades e o tratamento dos enfermos. Mas deve-se levar em conta que a descoberta dos mecanismos de ação de diversos agentes terapêuticos contribuiu com essa mudança doutrinária. A busca de uma teoria da enfermidade, concebida como um coletivo referente às muitas enfermidades possíveis, só prosperou depois que se abandonou

a concepção unitária e se verificou que as enfermidades tinham qualidades diferentes e não apenas formas diversas, que correspondiam a etio-patogenias diferentes.

Esse provavelmente há de ter sido o principal momento da ideia contemporânea de entidade patológica, quando o conceito de enfermidade, representado pela identificação dos entes clínicos ou entidades nosológicas que revelavam formas particulares do adoecer, superou a concepção genérica e unitária de doença ou moléstia, sofrimento, experiência subjetiva da condição patológica.

Já no Iluminismo, passaram a descobrir etiologias e mecanismos patogênicos, o que possibilitou um salto de gigante na eficácia terapêutica. No entanto, o aparecimento da noção de entidades nosológicas absorveu as opiniões dos médicos. Menos dos positivistas, porque estes a confundiam com o ontologismo, quando eles se alinhavam entre os fisiologistas. A crença na enfermidade única só desapareceu com a descoberta dos micróbios e das enfermidades infecciosas.

O próprio Hipócrates, como outros médicos da Idade Clássica, já antecipara a possível influência de fatores individuais e ambientais na origem das enfermidades, em sua evolução, em seu desfecho e nas respostas dos organismos doentes às terapêuticas que lhes fossem aplicadas. Embora isto esteja disseminado em praticamente toda obra atribuída ao Pai da Medicina, dois livros que chegaram ao presente são particularmente importantes para sustentar esta afirmativa: o livro intitulado *Dos Humores* e o que tem como título *Dos Ares, das Águas e Lugares*. Livros que mostram a extensão dos laivos de genialidade das concepções antigas. Concepções que só não continuaram a mudar da maneira como vinham mudando no mundo Antigo, por conta do dogmatismo religioso reinante ao longo de mil anos de trevas daquela que atualmente se aponta como a primeira Idade Média.

Ainda sob o domínio da teoria humorista, os quatro humores que seriam os elementos do organismo, que caracterizou a Medicina antiga e medieval, apareceu o conceito que hoje se denominaria de enfermidade por envenenamento; que incluía a ideia que depois foi chamada de intoxicação. Tanto a intoxicação exógena, quando o agente tóxico do meio invade o organismo ou é introduzido nele, quanto a endógena, quando o agente tóxico é produzido pelo próprio organismo do enfermo.

Atualmente é a crença nos fatores hereditários como principais, senão únicos, mas mais importante é que está se impondo neste terreno. Os estudos genômicos têm propiciado todo tipo de fantasia sobre a etio-patogênese hereditária. Multiplicam-se na imprensa leiga notícias do tipo: descoberto o gene responsável por tal doença. Ou por tal característica humana. Esta concepção anátomo-patológica, que antecedeu os paradigmas psicossomático

e bio-psico-social, forneceu a base ideológica para a noção equivocada de biomedicina com que se alcunha indevidamente à Medicina contemporânea.

2. A Medicina

A Medicina tem sido definida desde a Antiguidade como ciência e arte de curar. Bem mais recentemente houve quem a definisse desse modo: a medicina se constitui em um conjunto de práticas e tecnologias de intervenção profissional, técnica e humanitária, as quais objetivam determinar uma alteração sobre o organismo e a vida humana em direção a uma condição de maior bem-estar do ser e da coletividade. Os cultores da tradição médica têm o direito de esperar que, tratados pelo mesmo médico, nenhum de seus pacientes sofra qualquer discriminação por conta de sua condição social, étnica, racial ou de qualquer outra qualidade decorrente dessas, como a polidez, a instrução, a capacidade de compreender os outros e conviver com eles em um clima de tolerância e respeito mútuos.

Assim, é possível definir a Medicina *“como a profissão cujos agentes se dedicam ao estudo e à intervenção, a relação humanitária e técnica no campo da saúde, das enfermidades humanas e do cuidado dos enfermos; especifica especialmente no que respeita aos atos privativamente médicos: o diagnóstico daquelas enfermidades e a indicação terapêutica necessitada por aqueles enfermos e os demais procedimentos decorrentes ou dependentes destes”*. O conhecimento médico e a tecnologia que gera integram o patrimônio cultural da humanidade. Mais que qualquer outro conhecimento, o saber médico é e deve ser universal e comum a toda humanidade. Não há quem não necessite dele.

Portanto, a Medicina é uma atividade da própria humanidade e deve existir a seu serviço. Daí a necessidade de sua marca essencialmente altruísta. Sempre que os interesses dos médicos ou do poder estatal conflituarem com os interesses da humanidade e os direitos humanos, os médicos devem escolher seu destino fundamental, optar pela humanidade e a defesa dos direitos humanos e da felicidade dos seres humanos. Embora os procedimentos profissionais da Medicina devam ser praticados unicamente por quem esteja capacitado e habilitado para exercê-los, tais procedimentos devem estar ao alcance de todos os que necessitem deles e não apenas para os que podem pagar para recebê-los.

Se a Medicina é uma atividade a serviço da humanidade, esta é a mais valiosa de suas tradições e de seu compromisso social e ético de seus agentes – os médicos. Compromisso que é complementado pela pergunta: o que é melhor para o paciente? Este é o motivo pelo qual, os médicos não podem e não devem exercer seu mister guiados por preconceitos.

Não apenas os preconceitos maiores – de cor, etnia, idade, nacionalidade, gênero e os outros definidos em lei, - mas também os menores como simpatia, interesse profissional ou identidade, referenciados como etiqueta médica.

A Medicina é, a um só tempo, uma práxis tecnológica, econômica e humanitária universal, sendo uma profissão assentada e fundamentada em conhecimentos aceitos pela comunidade científica, tanto entre os cultores das ciências da natureza como entre os cientistas sociais. A Medicina também é uma modalidade de produção de serviços médicos. As instituições médicas também guardam notável identidade no mundo todo; e os valores morais e éticos que a presidem e orientam o comportamento de seus agentes são iguais àqueles que foram desenhadas pelos hipocráticos no Século V antes da nossa era, ainda que adaptados ao momento atual e suas culturas. A Medicina de hoje é essencialmente aquela mesma de ontem, sem qualquer dúvida. Com mais recursos cognitivos e com mais possibilidades técnicas e tecnológicas, mas com os mesmos propósitos, os mesmos limites ético-morais, a mesma missão institucional e, principalmente, a mesma atitude humanitária. Variou muito a tecnologia médica e, principalmente variou muito a forma do relacionamento econômico e político nas sociedades, também variando o desempenho de seus agentes nelas.

Contudo, o essencial do desenho geral da sua estrutura técnica, ética e humanitária continua intocado e nada indica que esteja para mudar, a despeito dos crentes no mercado. O que varia é sua concretização na prática assistencial concreta. Mas é a assistência que varia: o pobre pode ter acesso a algum recurso técnico igual a um rico, mas não nas mesmas condições. Considerando suas linhas gerais, as diretrizes que regem as aplicações técnicas assistenciais e éticas da Medicina conservam as mesmas diretrizes em todas as partes do mundo. Destas, uma marca essencial sua reside nesse caráter universalista mais que universal da prática médica.

A Medicina existe em toda a parte e, desde da universalização do conhecimento científico e dos procedimentos profissionais, existe como uma totalidade, mais ou menos da mesma maneira em cada momento histórico de cada cultura. Somente as culturas isoladas do fluxo mundial podem apresentar diferenças significativas. Apenas os detalhes e os estilos do exercício médico podem variar em função do lugar e da natureza político-econômica do Estado onde é praticada e, principalmente, das necessidades e possibilidades da clientela e do médico. Especialmente da condição socioeconômica do paciente. Não obstante as possíveis peculiaridades locais, as diretrizes gerais do manejo de suas possibilidades e limites são e devem ser as mesmas em toda parte do mundo. No plano ético, cuidar com

dedicação; no plano laboral, prestar cuidados médicos de qualidade; e no plano técnico, diagnosticar e tratar com eficiência e eficácia.

Desde Hipócrates, a Medicina utiliza o conhecimento que podia ser chamado científico em sua época, o conhecimento mais confiável e válido de seu tempo, ainda que essa prática tenha sofrido muitos retrocessos ao longo da História. Por mais que muitos dos diagnósticos e tratamentos do passado se mostrem obsoletos hoje, foram os melhores que podiam ser feitos em sua época.

É com este sentido que: *“a Medicina é a área do conhecimento humano ligada à manutenção e restauração da saúde”*. Pode-se acrescentar que é, num sentido amplo, um conjunto de ciências que fundamentam uma prática profissional voltada para a prevenção e da cura das doenças humanas.

É, também, no sentido estritamente jurídico-social, a área de atuação do profissional formado em uma faculdade de Medicina e registrado no conselho organizador da profissão médica – o Conselho Federal de Medicina (CFM), no caso do Brasil. Deve-se considerar que cada um destes sistemas de normas controladoras do exercício profissional está destinado a regular e fiscalizar um dos aspetos considerados como axiais da vida dos médicos e, além disto, assinalam, em cada um deles, um estilo de exercício profissional, na mesma medida que equalizam a conduta de todos eles entre um padrão idealizado e outro, considerado como minimamente aceitável. Tudo isso presidido pela noção de supremacia do interesse social sobre o particular e o singular.

Porque a Medicina é uma construção social destinada a atender a uma necessidade da sociedade, a necessidade de cuidar da saúde e se defender das enfermidades e do sofrimento evitável ou remediável, os médicos são apenas os agentes deste processo construtivo. Talvez, o melhor ponto de partida desta discussão seja considerar a Medicina como atividade laboral. Mas uma atividade laboral especialíssima. Uma atividade laboral que, diferentemente das demais, este voltada primariamente para as necessidades de seus pacientes e não para o desejo de seus praticantes. Aqui se trata da Medicina-profissão, da profissão dos médicos. Modalidade de atividade laboral incumbida da prestação dos serviços que gravitem em torno do diagnóstico das enfermidades e do tratamento dos enfermos. Para isto, considere-se uma definição útil de profissão que auxilie a entender a Medicina como profissão, mas profissão especial. Isto posto, há de tornar-se mais claro o entendimento de seu funcionamento e de suas vicissitudes ontem, hoje e amanhã.

Enfim, a Medicina tem sido uma profissão que, ao longo da História, mostrou a capacidade de seus agentes de sublimar todos os antigos ideais profissionais de caráter individualista e

imediatista, na medida em que os coloca a serviço da humanidade, representada pelas comunidades humanas e pelos seres humanos enfermos ou ameaçados de enfermar. Esta identificação solidária e altruísta do médico com o enfermo tem sido o projeto médico elaborado pelos hipocráticos e em construção até os dias que correm. Mas só existe se cultivado nos serviços de saúde e enraizados na sociedade.

Assim, a Medicina é uma profissão de serviço humanitário principalmente porque os médicos se obrigam a estar solidariamente a serviço dos seus pacientes e humanitariamente a serviço de todo os seres humanos. Uma profissão a serviço da humanidade, como proclama o compromisso da Associação Médica Mundial (AMM) assumido pelos médicos contemporâneos no lugar do Juramento Hipocrático. Estar a serviço dos pacientes é muito mais importante que produzir uma mercadoria chamada serviço. Além de ser profissão de serviço, a Medicina existe, desde seu início remoto, para ser atividade de ajuda humanitária e solidária às pessoas enfermas e ameaçadas de enfermar.

Etimologicamente, o vocábulo *medicina* é uma elaboração linguística relativamente recente, que foi construído a partir da expressão latina *médico*, substantivo provindo do verbo grego “*medeo*”, que significa cuidar, atender; verbo que, por sua vez, originou o radical *med* que, desde sua origem, vem compondo vocábulos com o significado de "governar", “tratar”, "curar"; além de outras palavras modernas como moderação, meditar, mediar, meditação, intermediação, pois todas estas se originaram da mesma raiz latina. Talvez as palavras comedido(a) e comendidamente, que significa algo que se apresenta como de acordo com a medida, seja a expressão mais característica daquelas construídas com este radical.

A Medicina é definida pelo Dicionario Enciclopédico Larousse como a “*ciência que tem por objeto a conservação e o restabelecimento da saúde*”. E como a “*arte de prevenir cuidar e assistir na cura de uma enfermidade*”, pelo Dicionário Médico de Taber. E como a “*ciência de curar e de precaver as enfermidades*”, no Dicionário de Rancés. Arte e ciência de prevenir as doenças, de tratar os doentes e reabilitar os incapacitados dirão muitos estudiosos e pessoas comuns atualmente, exatamente como há séculos. Nesta caracterização, se destaca o perene compromisso dos médicos, agentes da Medicina, com a saúde humana. Mais outra opinião sobre a Medicina que pode contribuir para um exercício de defini-la, é a que se deve a Platão, que diz o seguinte: “*a medicina é o amor ao corpo*”; e, noutro momento, a medicina é “*o conjunto de preceitos que, atuando racionalmente – quer dizer, sabendo como se atua –, não se faz mais que imitar o que a natureza faria*”. E outra mais: Medicina é “*a disciplina e atividade que busca conservar e enriquecer a saúde*”

além de curar ou aliviar as enfermidades”.

Santo Isidoro de Sevilha, o célebre dicionarista medieval, em seu livro sobre Etimologias, para formular uma definição aceitável da medicina, tal como se usava em seu tempo, escreveu: *“Medicina est, quae corporis humani vel tuetur vel restaurat salutem”* (A Medicina deve ao menos proteger e restaurar a saúde). O que parece atual para o crítico razoavelmente exigente, ainda que imponha uma definição de *saúde* para que possa ser considerada completa.

Interessante destacar que um projeto do Senado da Colômbia fornece interessante definição da Medicina em seu Artigo 4^o. *“A medicina é a ciência, arte e profissão que reúne o conjunto de conhecimentos e procedimentos organizados de acordo com um método científico que permite aplicar-se para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico da enfermidade, terapêutica e reabilitação do ser humano e melhorar os padrões de vida da coletividade, e seu ambiente, no contexto do processo saúde, enfermidade e morte.”*

Entretanto, o pior dos enfoques limitantes do conceito de Medicina é o que a encara como modalidade de prestação de serviços médicos no mercado. Reduz o médico a um produtor de serviços e o paciente a um consumidor. O que só é verdade parcialmente. Mas não pode nem deve ser prioritariamente. Este enfoque, limitado e limitador, contraria toda tradição ética da Medicina e resulta em uma atividade que, em absoluto não interessa a qualquer sociedade civilizada.

No momento em que se admite que a Medicina como atividade econômica, um negócio de prestação de serviços comercializados no mercado, como sucede a qualquer outra mercadoria, o que sobrar de sua dignidade, cultivada ao longo de todos estes séculos? O que restará de sua tradição ética e deontológica a serviço da humanidade? Será que interessa à sociedade que ela se degrade a este ponto. Porquê? Para quê? Para quem?

3. Equidade

Um desvio comum do significado da palavra Medicina reside em confundi-la com a assistência médica, ou com os serviços assistenciais postos à disposição das pessoas e das comunidades. Assistência que deve ser proporcionada aos que padecem alguma enfermidade ou que são ou estão particularmente vulneráveis a uma condição patológica. É relativamente comum que se faça menção à medicina pública e à medicina privada, com este sentido particular.

Na assistência médica pública o Estado coloca recursos assistenciais à disposição de quem necessita deles. Os pacientes ou suas empresas de seguro-saúde ou planos de saúde pagam

pelos serviços que lhes são prestados na assistência privada.

Todas as sociedades mobilizam os recursos que podem e os organizam como “*sistemas médicos*“, como alguns denominam os sistemas de recursos de assistência médica, ou “*sistemas de saúde*” para ajudar as pessoas enfermas a enfrentar esta necessidade.

A partir de uma perspectiva antropológica e sociocultural, entende-se o que se denomina sistema médico “*como um conjunto mais ou menos organizado, coerente e estratificado de agentes terapêuticos, modelos explicativos de saúde- enfermidade, práticas e tecnologias a serviço da saúde individual e coletiva. A forma pela qual estes elementos se organizam internamente, outorgando coerência ao sistema depende do modelo sociocultural no qual se pratica aquela medicina. Em consequência as medicinas são construções culturais que respondem a necessidades de um ambiente social específico e nos quais é possível distinguir uma dimensão conceitual e outra, comportamental*”.

Mais uma contradição é a sobrevivência de duas medicinas, dois sistemas médicos, fato que já foi extremamente criticado, mas nunca suficientemente. Uma primeira medicina, dirigida para os ricos ou os quem, de alguma maneira remuneraram adequadamente o serviço que recebem. E a outra, no Brasil, para os doentes do SUS (Sistema Unificado de Saúde), organismo da previdência pública, que de certa maneira, repete as diferenças sociais mais amplas.

Ao longo do último século a sociedade conviveu com a possibilidade real de aplicar duas formas de convivência econômica: a socialista, que privilegia o trabalhador, e a capitalista, que privilegia os donos do capital. Diante desta ameaça real, os donos do capital fizeram muitas concessões aos empregados. Com o desaparecimento da primeira, os donos do capital trataram de concentrar brutalmente a renda, piorando as condições de vida dos trabalhadores, principalmente nos países periféricos. Esta situação concreta gerou brutal encurtamento das camadas médias em franca proletarização. Com dois reflexos na Medicina: o empobrecimento dos médicos e o aparecimento de dois sistemas de assistência médica, uma para quem pode pagar pelos serviços, e outra, para quem não pode.

A dupla Medicina, com sua dupla moralidade, para quem paga e para quem não paga, reflete a dupla sociedade em que é exercida, a dupla situação social formada pelos que se convencionou chamar de “*incluídos*“ e pelos “*excluídos*“, a sociedade assinalada pela mais brutal diferença entre os que têm muito e os que nada têm. Sociedade cada vez mais destituída de qualquer simulacro de justiça social ou de respeito pelos seres humanos. Na qual, mesmo a menção à injustiça é mal vista e mal entendida como subversiva. Como se a coexistência de poucos milionários com muitos miseráveis fossem um imperativo da

natureza que tivesse de ser respeitada por imutável. Ou como se a indignação fosse castigo da preguiça, da imprevidência, do pecado, da incapacidade. Como se a pobreza não fosse produto de uma relação deliberadamente injusta e perniciosa entre as pessoas. Esta sociedade teve que gerar dois sistemas de assistência: uma medicina rica para os ricos e outra pobre para os pobres. O que não pode ser aceito pela consciência médica ética. Pois, seria impossível que, em uma sociedade dividida em poucos ricos e muitos pobres, na qual os pobres fossem mal servidos de tudo, houvesse igualdade em serviços de saúde.

No primeiro sistema, o paciente tem direito a fazer tudo que necessita em termos de tecnologia diagnóstica e terapêutica. Têm direito a tudo que o dinheiro possa comprar. Os doentes que usam o segundo sistema médico-assistencial vivem situação completamente diferente. Falta-lhes muitos recursos essenciais, frequentemente, quase tudo. E o que têm, quase sempre é comprado com base no menor preço e, comumente é de qualidade inferior, sem falar nas comissões que pululam nesses negócios. E nada indica que esta iniquidade esteja para ser superada, humanizada ou socializada. Às vezes, servem muito mais aos doentes ricos ou apadrinhados que aos pobres. Pois aqueles, por conta da influência que têm ou são capazes de mobilizar, desfrutam mais, mais prontamente e com mais facilidade dos serviços públicos de assistência à saúde. Uma das formas de lhes assegurar privilégios da distribuição de serviços públicos consiste em dificultar bastante o acesso. Sem falar na malfadada prática de criar dificuldades para vender facilidades, tão do agrado de funcionários corruptos, que são relativamente poucos, mas muito ativos. O que acontece na dificuldade para os pobres de receber créditos decorrentes de precatórios ou outros direitos, quando comparada com a facilidade do governo lhes cobrar quando é credor.

Ao seu tempo, Pedro Laín Entralgo afirmou que: *"... o médico moderno deixou-se levar com frequência pelos interesses e os desejos que impedem a amizade com o enfermo ou a dificultam intensamente: sua cabeça, a ânsia pelo lucro e sua incúria"*. No entanto, esta situação não é privativa dos médicos, nem os atinge em maior número ou em maior grau que aos demais profissionais. É típica da sociedade capitalista selvagem; do individualismo levado às suas últimas consequências egoístas e do imediatismo autonomista. Traços socioculturais que marcam a assim chamada civilização ocidental que, por sua desumanidade, se mostra radicalmente anti-médica.

Situação cultural que gera contradição radical entre o modelo teórico da Medicina com a norma ideal vivenciada na cultura na qual ela é praticada. A tal ponto que quando se diz que um médico não deve ser interesseiro ou ganancioso, não falta que indague se ele deve ser santo. Como se só um santo devesse não devesse ser ganancioso. Mas, neste caso,

dizer: não, só médico. Parece ser a melhor resposta, mesmo que corra-se o risco de ser incompreendido.

No plano filosófico, nota-se uma contradição cultural relativamente fácil de ser identificada, mas tão difícil de ser resolvida quanto a anterior. O pragmatismo, também chamado utilitarismo, que tem por verdadeiro e por bom, somente aquilo que é útil. Em teoria, o que é útil para a maior parte das pessoas. Mas, todos sabem como os donos do poder econômico geral criam as condições ideológicas para que aquilo que seja útil para eles seja tomado como o que há de melhor para todos. Logo que ruiu o sistema socialista, espalhou-se no mundo a febre das privatizações. Tudo que era estatal deveria passar a propriedade privada, mesmo o que fosse lucrativo, não desse despesas, nem oferecesse risco. Prometia-se a todos o melhor dos mundos.

Acontece que a atividade econômica, em geral, a indústria e o comércio de bens e serviços, sobretudo o comércio de dinheiro, são típicos negócios; atividades econômicas voltadas prioritariamente para o ganho, o lucro. Todos os profissionais de todas as profissões que não as de saúde, em geral, sem desmerecer a qualidade da interação humana os dos valores éticos implícitos em sua atividade, podem visar o lucro como objetivo essenciais de seu trabalho. Mais que podem, talvez devam. E ninguém considera isto como defeito, nem um defeito significativo.

No médico este defeito tem nome: mercantilismo ou mercenarismo. O objetivo mais importante do mercantilista é ganhar dinheiro. Outros profissionais podem trabalhar principalmente para ganhar dinheiro, o escopo mais importante de uma modalidade de trabalho pode ser o ganho que ele proporciona. Menos do trabalho médico.

Os médicos, não devem ser assim; não devem ter sequer o ganho, quanto mais o lucro, como objetivo mais importante de seu trabalho. A Medicina não é predominantemente um negócio. Os médicos não devem trabalhar principalmente para ganhar dinheiro; ainda que os médicos devam ganhar dinheiro porque trabalham e o ganho é a recompensa do trabalhador. Tudo porque os médicos devem obedecer ao princípio da obrigação fiduciária, os interesses do paciente estão acima dos seus próprios interesses, porque baseados na confiança total nas decisões dos seus médicos.

Um grande problema para os gestores da Saúde Pública, especialmente no Brasil, refere-se a escassez de recursos, que são finitos e, muitas vezes, mal utilizados. Deve-se estudar sua adequada aplicação a partir de uma discussão de princípios que norteiam a distribuição destes recursos, e como há uma pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, faz com que os resultados da alocação tenham impactos

muito relevantes na vida dos cidadãos. Se não houvesse escassez de recursos, poucos discordariam dos princípios de universalidade no acesso e uso ilimitado, que permitiria a todos o direito de utilizar os serviços de saúde tanto quanto desejassem. Porém, diante da escassez, é preciso definir quem tem direito ao acesso e quanto cada indivíduo pode utilizar os bens coletivos. Como não se pode conceder indefinidamente tudo para todos, a decisão sobre quem tem direito a quê tem de ser tomada em algum momento. Havendo diretrizes gerais para a alocação de recursos, as decisões utilizarão os mesmos princípios para todos os indivíduos. Se essas diretrizes não existirem, tais decisões serão discricionárias, ou seja, ficarão a critério de quem detém o poder de decidir caso a caso.

Por isso, na gestão de recursos públicos, é fundamental que as diretrizes éticas referentes aos princípios de alocação sejam claras e, embora existam outros princípios aplicáveis, na saúde, o debate sobre a justiça alocativa gira predominantemente sobre dois paradigmas de justiça: o princípio da *igualdade* e o princípio da *equidade*.

Pelo princípio da igualdade, todos os indivíduos devem receber tratamento igual, já que os indivíduos são todos iguais, têm os mesmos direitos e, portanto, merecem os mesmos recursos. Por esse princípio, uma pessoa rica deve ter absolutamente o mesmo tratamento e, portanto, merece a mesma fração dos recursos públicos que uma pessoa pobre. A igualdade é, pois, baseada em direitos adquiridos pela participação na coletividade, os *direitos de cidadania*.

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine (ou reduza) a desigualdade. Neste caso, os indivíduos pobres, por exemplo, necessitam de mais recursos públicos que os indivíduos ricos. Rawls (1995) desenvolve um critério para a justiça na desigualdade que é o assumido pela equidade: o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente.

Esse critério opõe-se à noção utilitarista de que a justiça de uma alocação é determinada por suas consequências sobre a soma das utilidades que, grosseiramente falando, seria o bem-estar dos indivíduos envolvidos.

Há vários pontos de debate na discussão de modelos de justiça aplicáveis aos problemas de justiça distributiva de recursos públicos. O princípio da igualdade, por exemplo, pode reproduzir a estrutura de desigualdades de uma sociedade.

Entretanto, a valoração de uma alocação depende do que se venha a definir como necessidade. Supondo, apenas para desenvolver o argumento, que não há desigualdades na distribuição de recursos de uma sociedade, aqueles que rejeitam a ideia de justiça como

igualdade podem negar que distribuir o mesmo para todos é justo quando as necessidades são diferentes. Quando as necessidades são muito semelhantes, porém, igualdade e equidade serão praticamente sinônimos. Se alguns indivíduos têm mais necessidades insatisfeitas que outros, mais forte é a diferenciação entre os princípios de igualdade e equidade.

O maior obstáculo à universalização é a escassez de recursos. O público-alvo dos programas universais geralmente é muito extenso, o que pode representar uma sobrecarga para os orçamentos dos programas sociais. Quando não é possível aumentar esses orçamentos, uma das medidas para evitar essa sobrecarga é reduzir os custos dos serviços prestados, o que pode se traduzir em redução de sua qualidade.

Assim, a saúde quando vista como um *bem público*, traz uma série de implicações para as decisões alocativas. O bem público puro é aquele cujo consumo por um indivíduo não afeta o consumo dos demais. Os benefícios de um bem público puro obtidos por uma pessoa dependem da quantidade do bem existente na sociedade e quanto mais houver desse bem para essa pessoa, mais haverá para as demais pessoas. Esse tipo de consideração, em saúde, introduz a importância de se utilizar também critérios epidemiológicos na distribuição dos recursos. Uma política de vacinação, por exemplo, deve ser universalista para ser efetiva, trazendo benefícios também universais. Nesse caso, os indivíduos não-vacinados são beneficiados pela política, já que se reduz a prevalência da enfermidade.

4. Conclusões

A escassez de recursos para a saúde restringe a possibilidade de ampla distribuição de bens e serviços públicos e, portanto, exige uma série de decisões alocativas que consistem, em selecionar quais serão os beneficiários do sistema público de saúde e quais serviços serão oferecidos. Em um país como o Brasil, onde há pobreza massiva, grande demanda por saúde e a impossibilidade de uma grande parcela da população obter serviços fora do sistema público, a responsabilidade dessas decisões é extremamente grande. As consequências de uma alocação injusta são, seguramente, mais graves neste caso do que em situações em que o acesso aos serviços de saúde não dependem da via única do Estado. A importância da distribuição adequada de recursos cresce à medida que o sistema de saúde possui uma série de deficiências que limitam os serviços prestados e o público atendido. Infelizmente, muito frequentemente, a ampliação do número de beneficiários e a melhoria da qualidade dos serviços são metas mutuamente excludentes, devido as restrições existentes nas capacidades de melhoria do sistema, com uma gestão

qualificada, e no orçamento da saúde, por aumento do financiamento ou na redução das fraudes e dos desperdícios.

Há algumas alternativas de solução para esse problema, das quais três podem ser destacadas. A primeira consiste em uma redução da demanda por tratamento como resultado de, por exemplo, medidas de medicina preventiva. A segunda, na redução dos custos do sistema e a terceira na ampliação do orçamento, o que, em última instância, é uma transferência do problema de alocação de recursos na saúde para uma alocação geral de recursos públicos na sociedade. O eixo central desse problema é como fazer para distribuir justiça.

No debate sobre recursos da saúde, dois sub-princípios de justiça frequentemente estão presentes: igualdade e equidade. O primeiro admite que os indivíduos têm direito a quantidades iguais de bens e serviços públicos, independentemente de suas características particulares. O acesso aos serviços públicos de saúde, neste caso, se dá de acordo com as necessidades dos indivíduos e independe de seus recursos para a obtenção desses serviços em outra instância. O segundo reconhece a diferença entre os indivíduos e propõe que a distribuição de bens e serviços seja feita de forma a reduzir as desigualdades entre eles. Nas decisões baseadas no princípio da equidade são consideradas não só as necessidades dos indivíduos como também sua disponibilidade de recursos para satisfazê-las.

Decisões de alocação de recursos baseadas no princípio da igualdade muitas vezes implicam estratégias de universalização de políticas, enquanto decisões baseadas na equidade geralmente implicam em focalização. A universalização garante os serviços indiscriminadamente, mas é mais cara, e tem, geralmente, um efeito menor na redução das desigualdades em uma sociedade. O público-alvo dos programas universais geralmente é muito grande e, em países como o Brasil, onde é grande a utilização dos serviços, isso pode representar um peso excessivo no orçamento dos programas sociais. A focalização pode favorecer aqueles em maior desvantagem por meio de programas de menor extensão, levando a um menor custo total e serem mais fáceis de administrar. Entretanto, alguns exemplos internacionais mostram que a adoção de estratégias de focalização dos serviços públicos na população pobre pode implicar em perdas para a classe média, que reage com a retirada de seu apoio a essas políticas. Nesse caso, a adoção de estratégias de focalização pode resultar, a longo prazo, em desvantagens para a população pobre.

Enfim, toda pessoa tem o direito de receber a melhor assistência de que necessite para atender os problemas de saúde que apresente. Esta noção da assistência à saúde como direito de todo cidadão é a matriz do princípio social da equidade.

A necessidade da pessoa e não a possibilidade do sistema sanitário (chamado de “*reserva do possível*”) é e será sempre o mais importante critério para o médico assistente. Não há justificativa técnica ou ética para que uma sociedade não empregue os recursos mais eficazes na assistência médica de seus doentes, sejam quem e quais forem. Além disso, não é demais repetir que a Medicina é uma profissão especial por causa da preciosidade de seu objeto. A importância da Medicina decorre da preciosidade do doente. De qualquer doente e de todos eles, sem qualquer discriminação. A saúde e a vida das pessoas são consideradas como bens inestimáveis em termos de valor. Não têm preço e nem devem ou podem ter.

DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE

STELA BARBAS¹

- 1- Introdução;
- 2- Direito à Saúde e Direito da Saúde;
- 3- Direito da Saúde e dignidade da pessoa humana
- 4- A saúde como um direito fundamental;
- 5- O direito à saúde e o correlativo dever de proteção da saúde;
- 6- A problemática da efetivação do Direito à Saúde;
- 7- Considerações finais.

¹ Doutorada e Mestre em Direito Civil. Professora Universitária. Jurisconsulta.

A CARTA DOS DIREITOS DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

JORGE SIMÕES¹

O sistema de saúde português caracteriza-se hoje por uma elevada complexidade do respetivo quadro normativo e uma assinalável dispersão de fontes de direitos dos utentes. Estes direitos têm âmbito nacional e internacional e provêm não só do quadro normativo da saúde, mas também de outras áreas (como por exemplo a legislação do consumo). Desta complexidade resulta uma acrescida dificuldade para os utentes em conhecerem integralmente os seus direitos, algo que é essencial para a defesa ativa dos seus interesses. A «Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde» assume, portanto, a importância de prover um elemento basilar para uma correta e integral defesa dos direitos e interesses dos utentes, por congregar, de forma simples e acessível, o conjunto de direitos dos utentes de saúde que se acha legalmente consagrado. Mas a «Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde» representa, simultaneamente, um importante elemento de informação para os prestadores de cuidados de saúde, constituindo um instrumento que visa auxiliá-los na busca e certeza da sua adequação ao respeito permanente e integral dos direitos dos utentes.

A elaboração, publicação e defesa do respeito da «Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde» encontra-se no centro das atribuições da ERS. Com efeito, na legislação criadora da ERS era-lhe atribuída a competência de “propor critérios básicos relativos à Carta dos Direitos dos Utentes dos serviços de saúde e proceder ao registo desta”. Já no seu atual quadro legal, após revisão em 2009, a ERS tem a incumbência de “verificar o não cumprimento da Carta dos Direitos dos Utentes dos serviços de saúde”.

Os destinatários da «Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde» são, num primeiro nível, os utentes de serviços de saúde, enquanto titulares ou detentores de direitos subjetivos, e todos prestadores de cuidados de saúde (públicos, privados ou do sector social), enquanto entidades sobre as quais incidem os correspondentes deveres

¹ Presidente da Entidade Reguladora da Saúde.

Jurídicos. Já num segundo nível, enquanto titulares de deveres especiais, são destinatários as entidades, públicas ou privadas, que desenvolvem atividades instrumentais, quer no plano do financiamento, quer da prestação dos cuidados de saúde.

À luz das fontes nacionais e internacionais de direitos relevantes, é possível identificarem-se como “pilares” da «Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde» o **Direito de Acesso** (universal, equitativo, geral, tendencialmente gratuito, em tempo útil, assente em liberdade de escolha e não permitindo rejeições infundadas ou discriminatórias, nem situações de indução artificial da procura), o **Direito à Qualidade dos Cuidados**, o **Direito à Decisão**, o **Direito ao Consentimento Informado**, o **Direito à Queixa e à Reclamação**, o **Direito a ser Representado** e a constituir associações de defesa dos seus direitos e interesses legítimos, o **Direito à Prevenção** da doença e à promoção da saúde.

Em Junho de 2011 a ERS tornou público um projeto de «Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde», tendo-se seguido um processo de audição pública que culminou na elaboração da versão final, a qual foi enviada à Assembleia da República e ao Ministro da Saúde.

SAÚDE E JUSTIÇA SOCIAL

RUI NUNES¹

A aceitação da saúde como um bem social originou uma política de proteção da saúde adaptada a esta perspetiva. Porém, a crise do Estado Social, essencialmente relacionada com o aumento da esperança de vida da população e com a redistribuição do rendimento à escala global, originou uma diferente abordagem deste problema. Isto é, gerou a necessidade imperiosa de se estabelecerem prioridades no acesso aos cuidados de saúde. A afetação de recursos para a saúde – assim como a distribuição de outros bens sociais – sendo um problema de natureza política, pode ser igualmente observado como pertencente ao universo da justiça distributiva, ao considerar-se que todos os cidadãos devem dispor dos meios necessários para um desempenho aceitável nos planos físico, psicológico e social. A liberdade ética individual, paradigma do exercício da cidadania nas sociedades plurais e seculares, não pode de outro modo ser alcançada. Porém, pode igualmente invocar-se o princípio da solidariedade, como imperativo ético e social, na proteção dos membros mais desfavorecidos da sociedade. Na esteira de uma política de promoção da coesão social, o princípio da solidariedade, nomeadamente através do esforço contributivo dos cidadãos, pode permitir uma afetação equilibrada dos recursos na sociedade.

1. A equidade no acesso aos cuidados de saúde implica que todas as pessoas com idênticas necessidades de saúde devem auferir da mesma oportunidade efetiva, e não apenas formal, de receber tratamento apropriado. Ainda que, segundo a visão do princípio da equidade aqui advogada, o estabelecimento de prioridades possa implicar restrições no acesso a cuidados de saúde desde que se considerem as necessidades específicas dos cidadãos em condições de paridade. Sempre sob o escrutínio da sociedade através da observação de procedimentos justos e democráticos. De facto, a *accountability* é o garante do exercício da responsabilidade tanto a nível profissional como de controlo administrativo.

A política económica da saúde deve então conciliar os princípios da equidade e da solidariedade com a vontade social, democraticamente determinada, atribuindo um carácter operacional aos critérios de justiça, fundamentais para uma política de saúde atenta às

¹ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto.

necessidades básicas da sociedade. Neste contexto, a universalidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade depende de um financiamento equitativo do sistema. À partida, também o sistema fiscal deve ser justo, transparente e eficaz, de modo a que os recursos assim obtidos assegurem a eficiência distributiva no sistema de saúde. No referente ao financiamento, pode observar-se que a saúde não se encontra desinserida do todo social, sendo fundamental um esforço intersectorial para se alcançar a equidade distributiva. O financiamento do sistema de saúde, tal como os outros sectores de atividade, exerce uma clara e inequívoca influência na universalidade de acesso, repercutindo-se também na eficiência da prestação. Assim, promover um financiamento equitativo dos cuidados de saúde implica uma avaliação sistemática das principais origens e aplicações de fundos.

2. Não sendo possível, e portanto justo e equitativo, satisfazer todas as necessidades e preferências individuais, cabe a cada pessoa apelar aos seus recursos financeiros (responsabilidade individual) para atingir este objetivo. A partir deste ponto, e ainda que numa sociedade ideal – com disponibilidade absoluta de recursos – pudessem ser satisfeitas estas necessidades, no atual ambiente de restrição económico-financeira não é apenas uma opção mas, porventura, um dever proceder a este racionamento. Na prática, e pressupondo uma eficiência económica máxima do sistema público de saúde, a igualdade equitativa de oportunidades justifica o estabelecimento de prioridades desde que esteja em causa a prestação de cuidados de saúde que visem a satisfação de necessidades que não interfiram com o desempenho normal de um cidadão.

Pode argumentar-se, todavia, que se trata de decisões políticas – e não éticas, filosóficas ou económicas – nomeadamente quando o governo recorre ao poder democrático de que está investido para determinar a orgânica e a repartição de fundos pelos vários sectores sociais no âmbito do orçamento do Estado. Mesmo nos regimes pautados pela lógica da democracia representativa, esta afetação depende da complexa geometria político-partidária, sendo frequentemente influenciada por razões arbitrárias de natureza meramente circunstancial. De acordo com o diálogo emergente no seio da sociedade sobre o papel dos cidadãos nas decisões cruciais sobre a saúde, nomeadamente sobre a criação de um novo sistema de saúde, estas decisões, tendo um rosto político, são eminentemente sociais.

A nível económico e social a escassez de recursos para a saúde implica que estes sejam utilizados do modo mais eficiente possível, pelo que a qualidade das intervenções deve trazer mais valor ao dinheiro aplicado (*value for money*). Ou seja, um público cada vez

mais esclarecido quer ver cada Euro-Saúde aplicado com rigor e transparência. A introdução de novos modelos de gestão reflete a resposta das instituições de saúde a uma sociedade cada vez mais exigente, mais crítica e em permanente evolução. Deve salientar-se que se observam profundas alterações na estrutura tradicional da administração pública, predominante na gestão dos serviços desta natureza, com a finalidade de obter ganhos em saúde das populações. Procura-se cada vez mais, uma estrutura flexível e centrada no princípio da racionalidade económica e na lei da procura e da oferta.

3. Neste contexto de mercado imperfeito, o sistema deve assegurar as funções de financiamento, regulação, prestação, e acompanhamento dos cuidados de saúde. Porém, quando se faz alusão ao binómio “público *versus* privado”, a função “prestação” assume particular relevância. É cada vez mais improvável a existência de um único formato institucional de gestão dos hospitais públicos, parecendo não existir qualquer dúvida de que, com os recursos humanos e materiais existentes, é fundamental a existência de hospitais que pautem a sua cultura organizacional de acordo com os mais modernos conceitos de gestão. Este requisito é determinante para a estabilidade social dado que a atual falta de sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde implica a introdução de concorrência no setor da saúde.

A identificação das principais forças e fraquezas do Serviço Nacional de Saúde, em especial no que respeita à gestão hospitalar, promove o aparecimento de soluções que permitam aumentar a produtividade dos serviços, bem como garantir uma distribuição equilibrada e uma utilização eficiente dos fundos disponíveis. Assim, parece que uma análise comparativa entre os diversos tipos de modelo de gestão dos hospitais públicos poderá ser pertinente. Com esta avaliação, pretende-se averiguar qual é a estratégia mais eficiente, permitindo assim um menor desperdício na gestão dos escassos recursos financeiros existentes. Deve antever-se a decisão que o público tomaria naquelas circunstâncias e presumir o seu consentimento para um determinado curso de atuação. Sempre respeitando o princípio da *accountability*, ou seja prestando contas dos motivos e dos processos que originaram determinada decisão.

Em suma, não restam dúvidas de que o vértice do sistema de saúde deve ser o doente, real ou potencial, enquanto cidadão de pleno direito de uma sociedade que se pretende mais justa, inclusiva e solidária.

SAÚDE E DIREITOS HUMANOS: QUE LIMITES?

HELENA PEREIRA DE MELO¹

Para analisarmos os limites do direito à proteção da saúde é indispensável conhecer o seu conteúdo. Neste sentido, iniciaremos a nossa exposição pelo estudo das normas de Direito Internacional dos Direitos Humanos que consagram este direito. De acordo com o nelas disposto o direito à proteção da saúde comporta uma vertente negativa (associada ao exercício de determinadas liberdades pelo seu titular) e uma vertente positiva (ligada à legítima expectativa de prestações por parte de cada Estado).

Seguidamente verificaremos que relações existem entre o direito à saúde e outros direitos humanos também internacionalmente reconhecidos (*v.g.* o direito à água, à alimentação, à habitação, ao trabalho...). Verificada a necessária correlação existente entre o direito à saúde e esses direitos analisaremos o campo de aplicação pessoal das normas de Direito Internacional que o reconhecem, em particular no que concerne à sua aplicação a grupos especialmente vulneráveis (mulheres, crianças, idosos...). Para que estes possam aceder ao mais elevado nível possível de proteção da sua saúde e importante que o princípio da não discriminação no exercício deste direito humano seja respeitado, nas suas vertentes de proibição quer de discriminações diretas, quer de discriminações indiretas.

Consideraremos, por fim, a questão de saber quais são as obrigações dos Estados membros das organizações internacionais sob cuja égide foram adotados os instrumentos jurídicos que reconhecem o direito à proteção da saúde. Distinguiremos entre obrigações gerais e obrigações específicas dos Estados em matéria de assegurar a proteção e de concretizar este importante direito de cada pessoa humana. O estudo destas obrigações revelar-nos-á, ainda que indiretamente, os limites do direito à proteção da saúde enquanto liberdade de dispor da saúde e da integridade pessoal.

¹ Professora de Direito da Saúde e da Bioética. Coordenadora da Unidade de Biodireito do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto.

***CLINICAL GOVERNANCE* COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO**

ADALBERTO CAMPOS FERNANDES¹

A *Clinical Governance* pode ser definida como o processo através do qual as instituições de saúde se organizam de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e a salvaguardar os mais elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados.

A *Clinical Governance* deve ser entendida como um instrumento fundamental na gestão das organizações de saúde através do envolvimento dos diferentes elementos que integram as equipas de saúde, particularmente, pelo reconhecimento explícito do papel atribuído a cada um no contexto da equipa.

A *Clinical Governance* pode favorecer a coesão interna das organizações na medida em que promove a integração das competências na identificação dos problemas criando condições para o encontro das soluções necessárias num quadro global de responsabilização pelos resultados.

A introdução de práticas de *Clinical Governance*, na gestão das organizações de saúde, poderá contribuir, decisivamente, para a conjugação entre eficiência, efetividade e qualidade dos serviços num quadro de envolvimento integral dos profissionais e dos utentes no processo global de gestão das organizações.

¹ ENSP UNL

DEVERES DOS DOENTES

ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA¹

Partindo da noção de *dever jurídico*, em contraponto com a de *ónus jurídico*, analisaremos os tradicionais deveres dos pacientes. Se é correto afirmar a existência do dever de pagar os honorários, já se levantam dúvidas acerca da qualificação jurídica do “dever” de revelar com verdade a história clínica e o “dever” de cumprir a prescrição.

Em segundo lugar, serão perspetivados os deveres apregoados pela *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*:

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde, por forma a garantir o seu bem-estar e o seu restabelecimento;
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações relevantes para a obtenção de um correto diagnóstico e adequada terapêutica;
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes;
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites;
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários. Esta Carta não tem valor vinculativo, mas constitui uma fonte normativa importante da relação jurídica médico-paciente. Será feito o cotejo do direito positivo e a análise circunstanciada da relevância de cada um dos deveres propugnados.

Serão ainda equacionados outros deveres dos pacientes, como o dever de participar em ensaios clínicos (como dimensão de justiça inter-geracional, propugnado por Evans); o dever de revelar a utilização de plantas medicinais (no âmbito do referido dever de colaboração); o dever de revelar ser portador de um Testamento de Paciente (instrumento da autodeterminação) e o dever de revelar algum evento adverso de que o doente se aperceba (o paciente como agente da segurança clínica).

¹ Centro de Direito Biomédico – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Se a construção de um modelo humanístico de cuidados do doente-cidadão impõe o cumprimento de algumas condutas (positivas e negativas) por parte do paciente, não é menos verdade que a “*narrativa*” que se tem vindo a instalar pode conduzir no sentido de uma responsabilização do doente e da imposição de injustificados deveres àquele que, estando em situação de *vulnerabilidade*, mais deveria merecer cuidado e apoio.

Tal dinâmica merece ser denunciada como um processo de Contra-Reforma e de opressão, que pode vir a afetar o acesso justo ao sistema de saúde, sobretudo por parte das classes sócio- económicas mais desfavorecidas e que pode gerar discriminações que atentem contra o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa.

SNS, INEFICIÊNCIA E DESPÉRDÍCIO

MANUEL J ANTUNES¹

Ignorados por mais de uma década, o financiamento e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) passaram subitamente para primeira prioridade. Com efeito, o crescimento continuado dos custos, a um ritmo grosseiramente duplo do da inflação homóloga e triplo do PIB, tornaram a situação insustentável. Em 2010, Portugal gastou com a saúde cerca de 10,6% do seu PIB, significativamente mais que a média da OCDE (8,7%), constituindo a despesa pública com a saúde cerca de 70% deste valor. Assim, cerca de 16% do OGE, ou seja um em cada seis Euros, foi gasto com o SNS. Não podendo continuar este ritmo de crescimento, parece-me, pois, evidente que ou o Orçamento do Estado não pode continuar a ser a única fonte de financiamento do SNS ou a prestação de cuidados tem de ser racionalizada, para não dizer racionada. Em minha opinião, é importante co-responsabilizar o utente pelos serviços recebidos, participando nos seus custos, o que obviamente implica a alteração do preceito constitucional que estabelece a tendência para a gratuitidade dos cuidados de saúde.

Naturalmente há que decidir se não se poderá fazer melhor com os recursos existentes ou fazer o mesmo com menos recursos. Esta última hipótese parece estar na origem da decisão de reduzir o orçamento do SNS para 2012 em cerca de 800 milhões de Euros. Os responsáveis do MS têm-se desdobrado em declarações de confiança na manutenção da qualidade do Serviço. Para isso, mostram-se confiantes da possibilidade de eliminar a ineficiência e o desperdício que todos lhe reconhecem e que tantas vezes tem sido estimado em cerca de 25%. Um relatório acabado de revelar pelo Tribunal de Contas aponta para um desperdício de 745 milhões de Euros em 2008. Isto é, praticamente o valor do corte agora decidido. É por demais evidente que a deficiente gestão dos recursos materiais e humanos do nosso SNS e o desperdício resultante da não utilização, da utilização indevida e da utilização abusiva dos recursos constituem a causa principal do seu angustiante estado atual.

O problema reside em que, tal como em nossa casa, nunca é possível eliminar completamente o desperdício e o que se consegue leva tempo a implementar, enquanto os cortes foram efetuados instantaneamente. Ainda assim, é óbvio que se pode ir muito longe neste caminho. É importante alertar tanto os profissionais prestadores dos cuidados de

¹ 1 Médico, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

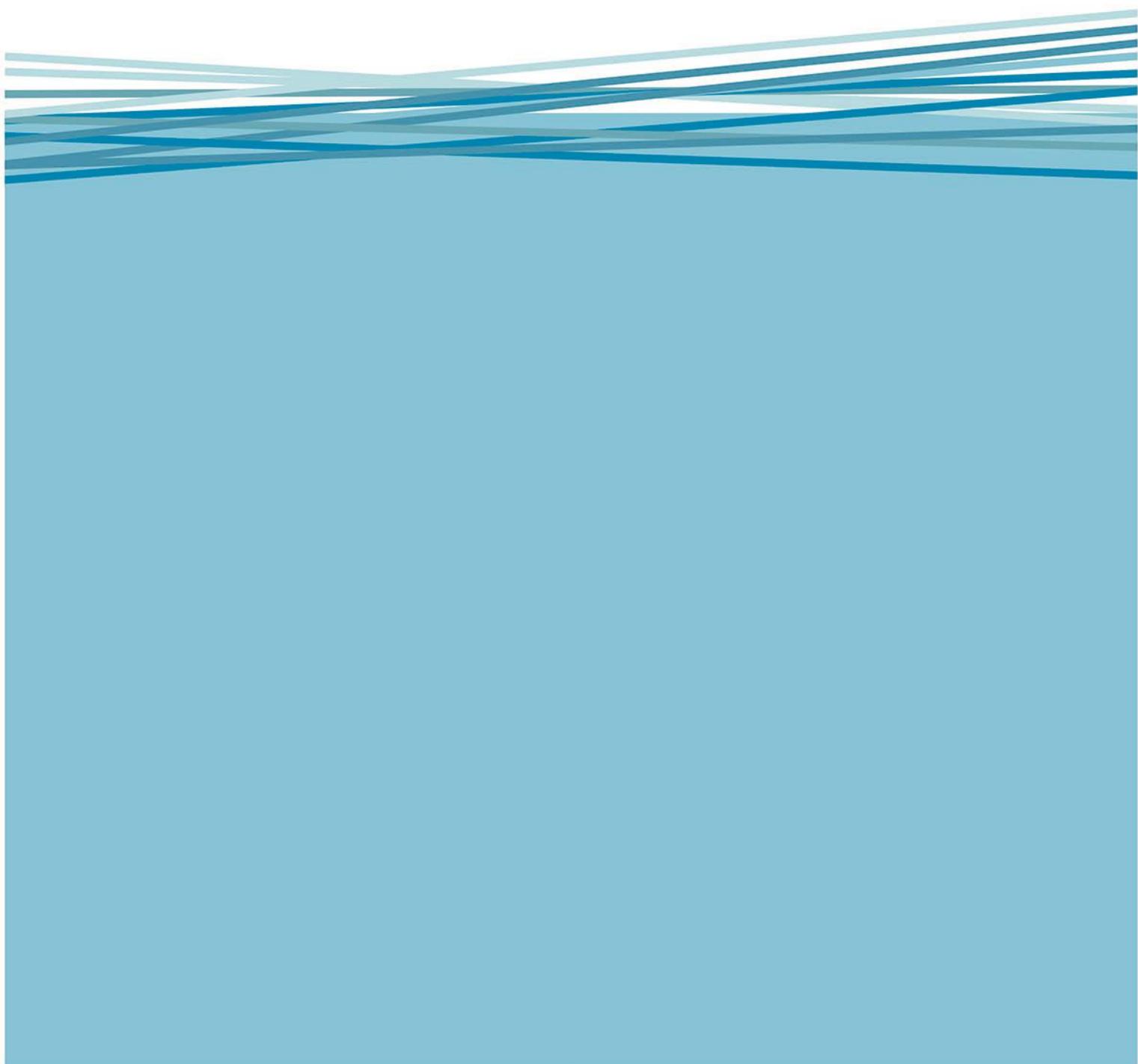
saúde como os cidadãos que os consomem para a necessidade de racionalizar os custos. No que respeita aos primeiros, é importante caracterizar bem o que significa “o melhor para o nosso doente”, enquanto urge informar os últimos dos custos associados e da necessidade de cada um contribuir para a sua própria saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis e evitar a sobre utilização dos cuidados na doença. Nos EUA, calcula-se que cerca de 50% dos cuidados de saúde nos EUA são induzidos pelos prestadores e não pelas necessidades dos doentes, mas estes são frequentemente também a causa pela pressão que exercem sobre aqueles.

Quanto aos recursos humanos, o problema reside na distribuição desequilibrada e utilização ineficiente. E esta depende, quase exclusivamente, dos diretores de serviço. A opção por Centros de Responsabilidade como níveis de gestão intermédia é, em minha opinião, a solução mais adequada para uma boa gestão dos recursos. Por outro lado, tendo em conta que cerca de metade do orçamento da saúde é consumido com as despesas com o pessoal, impõe-se uma diminuição progressiva da plethora de funcionários. O Estado não pode continuar a garantir emprego a todos os profissionais da Saúde, especialmente aos médicos.

O Diretor de Serviço tem também um papel importante a desempenhar na gestão dos recursos materiais. Na União Europeia somos dos maiores gastadores no domínio dos medicamentos, o que resulta de vários monopólios de interesse exercidos por todos os grupos envolvidos, desde os burocratas aos profissionais, dos laboratórios farmacêuticos às farmácias. Penso que o mesmo se aplica aos dispositivos e consumíveis.

Em conclusão, ainda que muito se possa fazer no combate ao desperdício, a sua completa eliminação, se fosse possível, apenas constituiria uma almofada para quatro ou cinco anos, após o que se teria de considerar medidas alternativas de financiamento do SNS, sob pena de se perder a universalidade que constitui uma das suas principais qualidades.

COMUNICAÇÕES LIVRES



COMUNICAÇÕES LIVRES

1. A ESCOLHA DA VIA DE PARTO: REFLEXÕES À LUZ DA BIOÉTICA

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

2. A EXPECTATIVA DE VIDA NA GRAVIDEZ DE FETOS ANENCÉFALOS E A BIOÉTICA

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

3. A COMPREENSÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO POR PROFESSORES E ALUNOS DE UMA FACULDADE DE MEDICINA

CANUTO, A.M.M.; MENEZES, J.; NICÁCIO, D.; NUNES, R.

4. VULNERABILIDADE E AUTONOMIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A BIOÉTICA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

5. DOENÇA DE ALZHEIMER: UM MODELO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS

CLAUDIA BURLÁ

6. “CURAR” A DISTANÁSIA: UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE?

PEREIRA, A.; FERREIRA, A.

7. PERSPETIVAS DA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA SOBRE A MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO

NUNES, R.; REGO, G.; DUARTE, I.; SOARES, R.; SANTOS, C.

8. A CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO EM CUIDADOS PALIATIVOS

COELHO, P.; ROCHA, L.; REGO, A.

9. PRESCRIÇÃO POR DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL: UMA IMPOSIÇÃO DA POLÍTICA DO MEDICAMENTO?

ALMEIDA, P.

10. OS CUIDADOS DE SAÚDE E O SEU PERCURSO EM RELAÇÃO À EXIGÊNCIA – UMA QUESTÃO ÉTICA E DEONTOLÓGICA

NUNES, S.; NUNES, R.; REGO, G.

11. ESTILOS DE VIDA E DOENÇA CARDIOVASCULAR: ASSOCIAÇÃO PARA MAIOR EQUIDADE/JUSTIÇA NO SISTEMA DE SAÚDE

NUNES, S.; NUNES, R.; REGO, G.

12. VANTAGENS E DESVANTAGENS DO CONTROLO DA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS: VISÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

WANDERLEY, V.E.; LEITE, A.L.S.; DUARTE, M.B.; NUNES, J.P.L.

A ESCOLHA DA VIA DE PARTO: REFLEXÕES À LUZ DA BIOÉTICA

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o parto normal seja empregado em proporção maior do que 70% das vezes, chegando em alguns países, a ser empregado em 93% das ocasiões. Há entre os autores, entretanto nunca maior que 20%. Portanto para a OMS nunca superior a 15%. De acordo com os dados estatísticos, o Brasil é hoje um dos líderes em cesarianas no mundo com uma taxa de 35,9%. **Objetivos:** o presente estudo pretende analisar e discutir à luz da bioética, os determinantes e conflitos éticos presentes no processo de indicação e tomada de decisão pela forma de parir.

Métodos: realizamos uma revisão da literatura existente relativamente à temática e concebemos um projeto de investigação.

Resultados: na década de 80, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu a taxa máxima de cesariana em 15% do total de partos. O Ministério da Saúde do Brasil, para tentar reduzir as altas taxas de cesariana, estabeleceu um limite de 40% nas cesáreas realizadas através do Sistema Único de Saúde. A escolha do tipo de parto, vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana), é assunto complexo e polêmico. Estudiosos desta temática vêm discutindo as condições da atenção à saúde reprodutiva no Brasil na assistência ao parto. A bioética tem contribuindo para as discussões e tomadas de decisão em saúde, uma vez que oferece ferramentas que poderão ser utilizadas em situações de conflitos ético e moral nesta área, de forma inter-relacionada e complementar às políticas públicas de saúde, destacando-se as discussões acerca da beneficência, vulnerabilidade, autonomia, paternalismo, proteção e respeito à dignidade humana. Pode-se inferir que é dever do Estado garantir a decisão da via de parto, respeitando sua liberdade de escolha e subsidiando os meios para que a mesma se baseie numa prática de fato autônoma. Nesse sentido, cumpri salientar que tal proposta estaria respaldada não apenas no referencial principialista, focado na reflexão sobre os critérios definidores da autonomia pessoal, mas também nas diretrizes apontadas pelas bioéticas brasileiras, especialmente a Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção. Consoantes essas linhas argumentativas, o Estado

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

deve diminuir a vulnerabilidade e promover a autonomia da parturiente, fornecendo meios para que efetivamente decida sobre a via do futuro parto.

Conclusões: defende-se a ideia de que a autonomia da gestante deve ser estimulada e respeitada na definição da via de parto, salvo recomendações médicas em contrário. Para tanto faz-se necessário, que os profissionais de saúde, especificamente os médicos, compreendam que o paternalismo, mesmo quando cercado das melhores intenções, tende a aumentar a vulnerabilidade das mulheres, contribuindo para que deixe de exercer o direito de defender os seus direitos legítimos.

Palavras-chave: Parto normal. Cesariana. Bioética

A EXPECTATIVA DE VIDA NA GRAVIDEZ DE FETOS ANENCÉFALOS E A BIOÉTICA

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: malformações fetais incompatíveis com a vida fora do ventre materno, tais como a anencefalia, levantam questões bioéticas importantes. Enquanto que, a interrupção voluntária da gravidez é um dos temas mais polêmicos na atualidade, fomentando múltiplos debates em díspares âmbitos da cultura, além de se constituir em um sério problema de saúde pública, no mais das vezes velado e com consequências catastróficas - complicações graves e morte.

Objetivos: realizar uma reflexão acerca dos aspetos jurídicos e bioéticos no que pese a expectativa de vida na gestação de fetos anencéfalos.

Métodos: foi realizada busca na base de dados Medline e Lilacs dos artigos publicados na última década.

Resultados: o procedimento terapêutico da interrupção da gravidez a ser legalizado na justiça brasileira tem proporcionado constantes demandas ético-jurídicas e desponta como um tema fundamental a ser discutido, por proporcionar conflitos entre convicções pessoais e a atuação profissional. O diálogo entre o Direito, a Ciência e a Ética, com fulcro na compreensão tanto das principais teorias sobre o início da personalidade jurídica e da má-formação fetal, tem proporcionado diferentes posições acerca do tema. Essa demanda trouxe ao cenário dessa discussão um novo conflito, ou seja a autonomia da mulher. A literatura, ao que parece, ainda é tímida em discutir apropriadamente valores morais e pessoais em situações de aborto. Entretanto, a atual pauta do Novo Código de Ética Médica traz em seu bojo, o cuidar como uma proposta de assumir a responsabilidade de privilegiar as suas opções e decisões, sem ajuizar moralmente mas intervir corretamente, baseado em competências, de forma a produzir benefícios físicos e psicológicos para a mulher que busca a interrupção da gravidez amparada judicialmente.

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Como muito bem fundamenta Beauchamp, o exercício da medicina à luz da bioética deve atender a quatro princípios fundamentais: o da beneficência, questionando os benefícios e os riscos de nossas ações para com os nossos pacientes; o da não- maleficência, não causando danos aos mesmos; o do respeito à autonomia, no caso da mãe e do feto e, por fim, o da justiça – referente ao respeito aos direitos que cada indivíduo possui no que tange a riscos e benefícios.

Conclusões: assim, o desenvolvimento da reflexão no que respeita à autonomia do médico e a vontade da mulher devem ser constitucionalmente respeitadas. Trata-se de uma demanda em que efetivamente ambas as posições precisam ser respeitadas, pois a jurisprudência brasileira os privilegia.

Palavras-chave: Objeção de consciência. Anencefalia. Aborto.

A COMPREENSÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO POR PROFESSORES E ALUNOS DE UMA FACULDADE DE MEDICINA

CANUTO, A.M.M¹; MENEZES, J²; NICÁCIO, D³; NUNES, R.⁴

INTRODUÇÃO: O estudo da Bioética e o entendimento do real significado do Consentimento Livre e Esclarecido deve ser incorporado por toda a classe médica. Se assim não ocorrer, provavelmente, o sentido do consentimento poderá ficar restrito a um papel de âmbito institucional, imutável, onde o paciente assina um termo ao adentrar um hospital para proteger a instituição de qualquer responsabilidade, caso ocorra qualquer situação, que venha a trazer danos aos pacientes. Parece que na prática, pelo menos no Brasil, o TCLE está consolidado como instrumento imprescindível à pesquisa, porém em relação ao paciente, quer em condições ambulatoriais ou hospitalares, o mesmo não passa de mero instrumento burocrático. Finalmente invoca-se o Novo Código de Ética Médica (2009) que no capítulo IV, art.22 afirma que: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em risco iminente de morte, e no art.24 diz que é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. No capítulo V, art.31 expõe que é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente, ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de vida.

MÉTODOS E RESULTADOS: Participaram 35 professores de medicina e 56 estudantes de medicina, sendo 43 do sexo feminino e 48 do sexo masculino. Corresponde a uma amostragem não-probabilística, isto é, de conveniência, em que os participantes quando convidados a participar do estudo, decidiram voluntariamente responder ou não ao questionário. Os participantes foram requeridos a responder a um questionário com perguntas abertas: Qual a finalidade do Consentimento Livre e Esclarecido? Qual a importância do Consentimento Livre e Esclarecido para você? Os resultados aqui

¹ Estudante do Programa de Doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Portugal/Conselho Federal de Medicina – Brasil.

² Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil.

³ Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil.

⁴ Doutor em Medicina/ Bioética. Professor Catedrático de Sociologia Médica/Bioética FMUP.

apresentados referem-se à análise de conteúdo de questionários aplicados a estudantes de medicina e professores médicos do curso de Medicina. A maioria remete a crenças sobre o TCLE como documento aplicado à pesquisa e não como instrumento de preservação de garantia de direitos e deveres do paciente junto ao atendimento médico.

CONCLUSÕES: A ideia de autonomia em nosso meio é bem recente. Talvez por isto professores médicos e estudantes relacionem o TCLE muito mais à pesquisa do que a um direito intrínseco e intransferível do paciente. Por outro lado, o próprio paciente parece não ter uma noção clara dessa autonomia e desse direito.

Palavras-chave: Consentimento Livre e Esclarecido. Bioética. Autonomia.

VULNERABILIDADE E AUTONOMIA DA RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE: A BIOÉTICA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: A vulnerabilidade humana não é um acontecimento focal, mas sim fruto das circunstâncias de tempo, lugar e relação com o mundo. Autonomia e vulnerabilidade são categorias centrais nas reflexões e nos embates, alimentando na bioética debates sobre seu significado, talvez paradoxal, para um século de avanços tecnológicos e de consolidação das liberdades individuais.

Objetivos: analisar a relação médico-paciente que se configura a partir das definições de autonomia e vulnerabilidade.

Métodos: foi realizada busca na base de dados Medline e Lilacs dos artigos publicados na última década.

Resultados: o desenvolvimento dos conhecimentos científicos permitiu a aquisição de novas posturas em relação a inúmeros ângulos do comportamento entre os atores da comunicação em saúde. Como consequência dessas variações, diferentes setores do pensamento humano, como a abordagem da doutrina bioética, a área de saúde se viu invadida por personagens cuja prioridade não é igual à preocupação dos profissionais formados nos conhecimentos teóricos e práticos das ciências da saúde. Assim, muitos aspetos da relação do médico com o seu paciente passaram a ser passíveis de dilemas. O desenvolvimento das tecnologias, a complexidade das aparelhagens, a dificuldade em ter o conhecimento dos seus manejos e o tempo necessário para adquirir a capacitação de como aplicá-los corretamente no que seja necessário, estabeleceram uma distância entre o médico e o seu paciente que vai aumentando quanto mais especializada é a capacitação do profissional. Na realidade, a relação entre o médico e o seu paciente se faz por um processo de interação social, o qual ocorre dentro da sociedade através de um sistema que define o

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

papel dos participantes, especifica o padrão de comportamento e fornece um conjunto de valores e orientação, em termos dos quais os membros interagentes são motivados para ação. O êxito da comunicação em saúde traduz-se na eficiência da atenção médica e está diretamente relacionado com as atividades, valores, conhecimentos e expectativas dos participantes.

Conclusão: o médico e o paciente, ambos são vulneráveis nessa relação. E a sociedade como um todo talvez seja a maior responsável, pois mesmo com o desejo de revolver esse dilema, é pertinente a relação de interdependência entre as categorias autonomia e vulnerabilidade, já que, por um lado, a autonomia supõe traços da vulnerabilidade e, por outro, a vulnerabilidade supõe a possibilidade da autonomia.

Palavras-chave: Autonomia. Vulnerabilidade. Bioética.

DOENÇA DE ALZHEIMER: UM MODELO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS

CLAUDIA BURLÁ¹

O avanço da longevidade humana é uma das maiores conquistas da humanidade, produto de um *continuum* de mudanças nos índices de alta fecundidade/alta mortalidade chegando à baixa fecundidade/baixa mortalidade, demonstrando o impacto do envelhecimento no mundo todo, onde o Brasil figura com elevado e progressivo aumento da população idosa. Alia-se a esse fenômeno o acelerado desenvolvimento científico e biotecnológico que tornou crônicas e de caráter degenerativo, porém compatíveis com a vida, muitas doenças anteriormente fatais. Além disso, o próprio processo de envelhecimento propicia o declínio natural das funções orgânicas e o aparecimento de doenças crônicas, incapacitantes e involutivas, incluindo-se aí as demências.

Neste cenário, a Doença de Alzheimer ganha um significativo destaque, com um percentual de 60% a 80% dos casos de demências (*Alzheimer's Association*, 2011).

A Doença de Alzheimer é uma demência que acomete pessoas idosas, como resultado de um dano cerebral irreversível, progressivamente declinante e incapacitante, de curso prolongado até a dependência total do paciente e a morte. Afeta inicialmente as funções cognitivas, em especial a memória, com o comprometimento do desempenho das atividades de vida diária, acompanhado de distúrbios do comportamento e sintomas neuropsiquiátricos.

A Organização Mundial da Saúde considera os Cuidados Paliativos uma abordagem voltada para a qualidade de vida do paciente e familiares frente a doenças que põem em risco a vida, por meio de ações de prevenção e alívio do sofrimento pelo reconhecimento precoce e uma avaliação precisa e criteriosa do paciente para tratar a dor ou sintomas angustiantes e também para atender às demandas psicossociais e espirituais.

Os Cuidados Paliativos são, assim, o modelo de assistência que melhor atende ao paciente portador de Doença de Alzheimer, uma condição crônica, evolutiva e declinante.

¹ Médica, doutoranda do 3º Curso de Doutorado em Bioética da Universidade do Porto e Conselho Federal de Medicina.

“CURAR” A DISTANÁSIA: UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE?

PEREIRA, A.¹; FERREIRA, A.²

Resumo: Nos últimos anos tem-se assistido a uma crescente discussão em torno da humanização dos cuidados. Nessa linha de pensamento, os cuidados paliativos têm assumido uma importância inegável na nossa sociedade, sendo considerado um tipo de cuidados imprescindível no respeito à dignidade de cada ser humano. Num interessante paradoxo, os relatos de declarada distanásia ocorrem diariamente nos nossos serviços de saúde, consumindo recursos tanto desnecessários como dispendiosos, levantando, por vezes, uma dupla questão ética: alguns utentes não serem beneficiados pelos cuidados paliativos, em detrimento de cuidados prestados num hospital de agudos, enquanto que outros, que claramente beneficiariam deles, ficarem em lista de espera. Assim, impõe-se a pergunta: Será que a “cura” da distanásia nos nossos serviços de saúde poderá vir a ser uma nova política de saúde? Poderão os recursos económicos consumidos pela prática da distanásia nos nossos serviços de saúde ser investidos na implementação de unidades e equipas de cuidados paliativos? Esta comunicação livre pretende, através da reflexão crítica, tentar responder a estas perguntas.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Distanásia, Política de saúde.

¹ Enfermeira a exercer funções no ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte – Centro de Saúde de Lousada.

² Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária a exercer funções no ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte – Centro de Saúde de Lousada. Pós-graduada em Cuidados Continuados e Paliativos pela CESPU, desde 2010. Mestranda do Mestrado em Cuidados Paliativos da FMUP 2011/2013.

PERSPETIVAS DA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA SOBRE A MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO

NUNES, R.¹; REGO, G.²; DUARTE, I.³; SOARES, R.⁴; SANTOS, C.⁵

Introdução: A Maternidade de Substituição consiste num acordo mediante o qual uma mulher – podendo ou não transmitir o material genético – se compromete a gerar um filho, dá-lo à luz, e posteriormente entregá-lo a outra mulher, renunciando em favor desta a todos os direitos sobre a criança, inclusivamente à qualificação jurídica de “mãe”. Em muitos países, incluindo Portugal, esta prática é ilegal conferindo-se imediatamente o estatuto de mãe, à mulher que suportou uma maternidade de substituição. Em alguns países é possível recorrer legalmente a este método, como é o caso dos Estados Unidos e do Brasil.

Objetivos: Neste estudo pretendeu-se conhecer a opinião de jovens finalistas universitários sobre a temática da Maternidade de Substituição. Os autores consideraram importante conhecer a opinião de um grupo da população esclarecido e em idade reprodutiva, porque no essencial, é este grupo que vai beneficiar de uma possível alteração legislativa.

Sujeitos e Métodos: Foi usado como método de investigação a administração de um questionário de autopreenchimento, que por sua vez foi sujeito a um pré teste.

Resultados: A amostra consistiu em 1037 estudantes finalistas das turmas contatadas para a administração do questionário, dos cursos de Economia e Psicologia, respondendo um total 601 estudantes. Destes 601 estudantes finalistas dos cursos superiores de Economia e Psicologia, foram administrados a 440 (73%) estudantes do sexo feminino e 161 (27%) estudantes do sexo masculino. Quando divididos por zonas do país temos: Coimbra com 42%, Lisboa com 24%, Porto com 21% e, por fim, Braga com 13% de participação. No que concerne às idades, obteve-se uma mediana de 22 anos, com idades mínimas e máximas compreendidas entre os 19 e os 51 anos, respetivamente.

¹ Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

² 2 Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³ Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

⁴ Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁵ Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Conclusões: Quando analisadas ambas as questões centrais relativas à temática em questão, constatou-se que 407 (68%) dos estudantes mostraram-se a favor do recurso à MS em “*caso de se tratar de uma circunstância grave de infertilidade, que não responda a qualquer outro método de Procriação Medicamente Assistida*”, em oposição a 194 (32%) que se afirmaram contra estes casos. Para a segunda questão, desta vez relativa à criação de uma lei que possibilite o recurso da MS para outras pessoas mesmo que o próprio não o fizesse, 498 (83%) estudantes consideraram importante, enquanto 102 (17%) responderam não achar importante a sua criação. Estes resultados atestam a evolução sociológica em curso na sociedade portuguesa já reconhecida aliás pela Ordem dos Médicos na última versão do Código Deontológico.

A CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO EM CUIDADOS PALIATIVOS

COELHO, P.¹; ROCHA, L.²; REGO, A.³

Ao cuidar de doentes em fim de vida estamos perante situações limite, onde se confrontam a esperança, o desespero, a vida e a morte, e a sensibilidade exige uma delicada e criteriosa relação terapêutica. O profissional que se compromete na missão de ajudar no desenvolvimento de uma vida digna, com sentido, quando a morte se aproxima deve facilitar aos doentes e familiares, a verdade e demonstrar os custos das omissões, permitindo a adaptação e confrontação com a realidade.

A conspiração de silêncio pode definir-se como um acordo implícito ou explícito por parte dos familiares ou amigos de alterar a informação transmitida ao doente com o objetivo de ocultar o diagnóstico, prognóstico ou gravidade da situação.

Face a tanta vulnerabilidade e fragilidade presente no outro, compactuar com esquemas de comunicação impositiva ou de inibição sem conhecer as estratégias, em que responder com eufemismo ou mentiras, a perguntas ou situações difíceis pode traduzir-se, por ação ou omissão, na mais dura maleficência.

O respeito pela autonomia e liberdade são dimensões cruciais na relação de ajuda que exige fidelidade ao compromisso assumido, permitindo aos doentes escolher e decidir. Implica promover comportamentos autónomos por parte dos doentes, fornecendo-lhes a informação adequada, assegurando a verdade e a livre decisão para que possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva possível.

Bibliografia:

- Almeida, A. & Almeida, M. A conspiração do silêncio: sua caracterização e implicação nos cuidados de saúde. *Sinais Vitais*, n.º73, p.25-29

¹ Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - UCP; Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica; Doutoranda em Enfermagem.

² Universidade Católica Portuguesa - Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde; Mestre em Bioética e Ética Médica; Doutoranda em Enfermagem.

³ Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto; Mestre e Doutoranda em Bioética do Instituto de Bioética - UCP

- Barbosa, A; Galriça, I, Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2.ª edição. 2010
- Bermejo, J.; Diaz-Albo, E.; Sanchez, E. Manual Básico para la Atención Integral en Cuidados Paliativos. Centro de Humanizacion de la Salud- Religiosos Camilos. Madrid. 2011
- Sapeta, P. Cuidar em Fim de Vida: o processo de interacção enfermeiro-doente. Lucociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. 2011

DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL: UMA IMPOSIÇÃO DA POLÍTICA DO MEDICAMENTO?

ALMEIDA, P.¹

Em Portugal, a despesa pública com medicamentos representa cerca de 17% das despesas públicas com a saúde, um dos valores mais elevados entre os países da União Europeia. Para o aumento das despesas com medicamentos contribuem o aumento da sua utilização (devido ao envelhecimento e exigência crescente da sociedade) e o avanço científico-tecnológico. A política do medicamento surge, então, com um papel preponderante no contexto atual de escassez de recursos com os objetivos de promover maior eficiência e equidade no acesso aos medicamentos, a sua qualidade e o uso racional no sentido de controlar a despesa. Porém, a implementação de medidas pressupõe o reconhecimento do mercado dos medicamentos como sendo competitivo e dotado de características peculiares resultante dos agentes intervenientes e do produto comercial, visto como um bem de primeira necessidade. Neste enquadramento, a revisão da legislação no sentido de consagrar como regra a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) surge como forma de estimular a prescrição e o consumo de genéricos, tal como previsto no Memorando de Entendimento. Com efeito, Portugal continua entre o grupo de países com menor penetração de genéricos (com apenas 21% de quota de mercado). Contudo, esta medida suscita diferentes opiniões entre os intervenientes do mercado do medicamento: os médicos questionam a bioequivalência entre algumas marcas do mesmo genérico e preocupam-se com a possível falta de adesão terapêutica e efeitos adversos que poderão daí advir; a indústria farmacêutica perspetiva consequências dramáticas na atividade das empresas farmacêuticas nacionais; os farmacêuticos realçam as possíveis poupanças significativas para o Estado e para as famílias resultantes da opção dos utentes por genéricos mais baratos e de qualidade, segurança, eficácia e bioequivalência asseguradas. A análise e reflexão das diferentes posições e dos mercados dos países com diferentes políticas do medicamento poderão ajudar a prever as consequências e a encontrar alternativas.

Palavras-Chave: Medicamento, Denominação Comum Internacional, Política do Medicamento, Medicamentos Genéricos

¹ Aluno do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina (FMUP). Trabalho realizado no âmbito do Projeto de Opção do 6º ano

OS CUIDADOS DE SAÚDE E O SEU PERCURSO EM RELAÇÃO À EXIGÊNCIA – UMA QUESTÃO ÉTICA E DEONTOLÓGICA

NUNES, S.¹; NUNES, R.²; REGO, G.³

Introdução

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, aprovado em 2003, enunciam-se estratégias como a formulação de uma Via Verde Coronária (VVC) que permita um acesso ainda mais eficiente do doente com doença do aparelho circulatório aos serviços mais diferenciados no Sistema Nacional de Saúde. Pretende-se assim que haja mais rigor e eficiência nesta matéria. Este trabalho tem como objetivo analisar e explorar os indicadores de atividade da VVC, inter-relacionando esses indicadores com os resultados de um estudo de doutoramento realizado nesta área.

Metodologia

Este trabalho terá uma metodologia descritivo-correlacional que permita mencionar os indicadores de atividade da VVC e os resultados do estudo supracitado. Seguidamente os dados serão cruzados para verificar as semelhanças entre os dados e a sua importância na estratégia global de atendimento aos doentes cardiovasculares.

Resultados

Dos indicadores apresentados, verifica-se um aumento de técnicas como a PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) em relação à fibrinólise nos últimos anos. Verifica-se também que apesar da existência de VVC os doentes continuam a recorrer aos serviços de saúde pelos seus próprios meios.

Dos doentes hospitalizados, 72.6% foram submetidos a PTCA, 9.4% foram submetidos a CABG (Coronary Artery Bypass Graft) e apenas 6.6% foram unicamente submetidos a tratamento médico conservador, o que comprova dos resultados dos indicadores da VVC.

Conclusão

¹ Estudante de Doutoramento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

² 2 Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

³ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Uma das suas principais atividades da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares é a monitorização dos indicadores de atividade das Vias Verdes Coronária e AVC. Através destes indicadores podem-se traçar estratégias mais eficientes em todo o contexto citado anteriormente. Colocam-se questões éticas e deontológicas em todo o percurso, questões essas que os profissionais devem estar cada vez mais aptos para responder.

ESTILOS DE VIDA E DOENÇA CARDIOVASCULAR: ASSOCIAÇÃO PARA MAIOR EQUIDADE/JUSTIÇA NO SISTEMA DE SAÚDE

NUNES, S.¹; NUNES, R.²; REGO, G.³

Introdução

As doenças cardiovasculares continuam a preocupar profissionais de saúde e são sem dúvida uma questão a debater pela importância que assumem quer pelas contingências a nível de prioridades na saúde, quer por razões de justiça social. Exigem assim uma articulação diferenciada por parte do Sistema Nacional de Saúde e uma compreensão global por parte dos profissionais que recebem este tipo de doentes. Os objetivos deste trabalho foram descrever as relações entre as características individuais e clínicas dos doentes internados num hospital central do Porto em Portugal e os seus estilos de vida.

Metodologia

Estudo transversal com uma amostra de 106 doentes que foram recrutados durante 13 meses num serviço de Cardiologia com um Enfarte Agudo do Miocárdio “de novo” e com alta prevalência de fatores de risco cardiovascular. Faixa etária selecionada para doentes com idades entre os 35 e os 64 anos de idade. A colheita de dados foi efetuada através da análise do processo dos doentes e com recurso a uma entrevista estruturada.

Resultados

Dos 106 doentes incluídos no estudo, a maioria pertence ao género masculino (85.8%), sendo que a faixa etária mais prevalente é a dos 50 aos 64 anos de idade. Os fatores de risco mais prevalentes na amostra são o tabagismo, a HTA, a dislipidémia e o sedentarismo. Constatou-se que existe uma preocupação dos doentes no que diz respeito aos fatores de risco cardiovascular antes do internamento, e após a alta os doentes referem ter vontade de modificar os seus hábitos e estilos de vida.

Conclusão

¹ Estudante de Doutoramento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

² 2 Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

³ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Os doentes que assumem comportamentos de risco devem ser orientados para melhor cuidarem da sua saúde quando voltarem ao domicílio após alta hospitalar. É imprescindível conhecer a doença e os seus agentes de modo a tornar o sistema de saúde mais justo e equitativo.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DO CONTROLO DA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS: VISÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

WANDERLEY, V.E.¹; LEITE, A.L.S.²; DUARTE, M.B.³; NUNES, J.P.L.⁴

INTRODUÇÃO: A propaganda da indústria farmacêutica oferece atualmente a saúde como mercadoria e os medicamentos acabam sendo identificados como produtos que resolvem em geral qualquer estado de doença ou não. A noção de que os medicamentos envolvem riscos e podem ser ameaça iminente à saúde e, em muitos casos, à própria vida é amiúde desconsiderada. O médico continua sendo o alvo principal das mesmas em virtude do papel da prescrição, sabendo-se do caráter multiplicador da receita e da peculiaridade da ação do médico como grande agente inter-mediador entre o setor industrial e os consumidores. O uso e a prescrição de medicamentos como determinantes de resultados no contexto global do cuidado com a saúde tem sido motivo de preocupação por parte dos órgãos envolvidos com a questão, incluindo os formadores de profissionais que irão se responsabilizar pela utilização, racional ou não dos medicamentos. Com a finalidade de esclarecer as causas e fragilidades do comportamento do médico frente aos apelos promocionais da indústria farmacêutica, o atual trabalho tenta identificar o entendimento do residente sobre a propaganda de medicamentos. As causas determinantes são apenas de ordem técnica, relacionadas a deficiência do ensino, ou envolvem aspetos éticos, já que o modelo biomédico predominante na atualidade é bastante frágil aos apelos mercantilistas, onde o desenvolvimento tecnológico e as ideias de consumo prevalecem frente ao cuidado e o relacionamento médico-paciente.

METODOLOGIA, RESULTADOS E CONCLUSÃO: Participaram da pesquisa 38 médicos residentes, distribuídos aleatoriamente, por várias especialidades do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da UFAL. A amostragem foi não-probabilística, de conveniência, onde os sujeitos aceitaram voluntariamente participar da pesquisa,

¹ Médica, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Mestra em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, Estudante do Programa de Doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Conselho Federal de Medicina.

² Estudante da Faculdade de Medicina, UFAL, Maceió, Brasil.

³ Estudante da Faculdade de Medicina, UFAL, Maceió, Brasil.

⁴ Doutor, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Farmacologia e Terapêutica.

respondendo a um questionário, cujas perguntas sobre vantagens e desvantagens do controle da propaganda de medicamentos estão aqui interpretadas. A análise do conteúdo das respostas dos médicos residentes revelou os seguintes resultados: todos foram favoráveis ao controle, entretanto metade dos questionados identificou desvantagens, como: limitação da informação e atualização sobre os medicamentos, sem levar em conta a credibilidade dessas informações, a diminuição de amostras grátis, dentre outras. Concluiu-se que apesar de todos concordarem que o controle da propaganda traz benefícios tanto para os profissionais médicos como para os pacientes, metade deles ainda tem restrições a esse controle, que parece surgir da falta de informação sobre as fontes de dados sobre os medicamentos, sobre as estratégias da indústria farmacêutica e os mecanismos que envolvem os conflitos de interesses nestas questões. Fica claro no relato das vantagens a presença dos princípios da BENEFICÊNCIA e da NÃO MALEFICÊNCIA, com relação a prescritores e pacientes, como também as questões do RESPEITO À AUTONOMIA do médico no exercício da sua prescrição. Com relação as desvantagens apenas uma citação: “...não haver brindes para os médicos” fugiu aos princípios ora relacionados. Espera-se com isso fornecer subsídios para melhorar o nível das informações durante e após a graduação, protegendo dessa forma os médicos e a população em geral da propaganda enganosa que funciona como fator agravante no cuidado com a saúde.

Palavras-chave: Propaganda de medicamentos. Médicos residentes. Bioética e propaganda. Vantagens. Desvantagens.

POSTÉRES



PÓSTERES

1A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA BRASILEIRO: UMA ANÁLISE BIOÉTICA

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

2ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM MACEIÓ-ALAGOAS - BRASIL

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

3.BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

FERREIRA, A.; PEREIRA, A.

4DECISÃO CLÍNICA = DECISÃO SOBRE RECURSOS

REGO, A. COELHO, P.

5A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO: A VISÃO DE ESTUDANTES E PROFESSORES DE UMA FACULDADE DE MEDICINA BRASILEIRA

CANUTO, A.M.M; MENEZES, J; NICÁCIO, D.; NUNES, R.

6A BIOÉTICA PRINCIPALISTA APLICADA AO ABSENTEÍSMO: DOENÇA NO TRABALHO

CHAVES, J.H.B. MENDONÇA, V.L.G. PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

7.FAZER ESCOLHAS EM SAÚDE: UM ATO DE INTELIGÊNCIA E DE VONTADE, EM LIBERDADE

ROCHA, M. L.; COELHO, S.P.F.

8A INTERRUPÇÃO DA GESTÃO DE FETOS ANENCÉFALOS E A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DO OBSTETRA

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

9. EDUCAÇÃO PARA OS VALORES

NUNES, R.; REGO, G.; DUARTE, I.; ALVES, C.; SANTOS, C.; OLIVEIRA, S.; SOARES, R.; RELVAS, M.; SANTOS, A.; TEIXEIRA, M.; BARROS, S.; MORGADO, H.

10. CONSENTIMENTO DOS DOENTES PARA A PUBLICAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS. REVISÃO DA LITERATURA.

BERNARDES, M.J.; NUNES, R.

11. O ABORTO NO ESTADO BRASILEIRO: O DEBATE ENTRE OS PODERES

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

12. PRÁTICAS E ATITUDES FRENTE À ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO EM ADOLESCENTES: PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA MATERNIDADE DO SUS NO NORDESTE DO BRASIL

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

13. SÍNDROME DE BURNOUT EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS E A BIOÉTICA DE PRINCÍPIOS

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, V.L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R.

14. A DOENÇA CARDIOVASCULAR E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

NUNES, S.; NUNES, R.; REGO, G.

15. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS: NECESSIDADES SENTIDAS NO CONCELHO DE BRAGANÇA

CORREIA, M. P.; FERNANDES, A.; ANTÃO, C.

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA BRASILEIRO: UMA ANÁLISE BIOÉTICA

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: a discussão quanto as respostas ao comportamento das relação médico-paciente parece fruto das circunstâncias de tempo, lugar e relação com o mundo. A discussão a partir da autonomia utilizando-se dos referenciais teóricos da Bioética faz-se necessário para obter uma compreensão da importância das alterações promovidas com a reforma do Código de Ética Médica do Brasil, em vigor desde 13 de abril de 2010.

Objetivos: analisar as alterações promovidas com a reforma do CEM a partir da importância que estas alterações representam principalmente quanto a autonomia e a relação médico-paciente, sob à luz da teoria principialista de Beauchamp e Childress.

Métodos: foi realizada busca ativa sobre autonomia, utilizando o referencial teórico por capítulos no novo Código de Ética Médica e aplicando quando possível a teoria principialista da Bioética.

Resultados: verificou-se que o Capítulo I (Princípios Fundamentais): XXI, XXII, XXIV, XXV; Capítulo III (Responsabilidade Profissional): Art. 20.; Capítulo IV(Direitos Humanos): Art. 22, Art. 23, Art. 24, Art. 25, Art. 26, Art. 27, Art. 28; Capítulo V (Relação com Pacientes e Familiares): Art. 31, Art. 32, Art. 34, Art. 41; Capítulo VI (Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos): Art. 44, Art. 45; Capítulo VI (Doação e Transplante de órgãos e Tecidos): Art. 44, Art. 45; Capítulo IX (Sigilo Profissional): Art. 73; Capítulo XII (Ensino e Pesquisa Médica): Art. 100, Art. 101, Art. 102, Art. 106 e Art. 110. Reforçou o princípio da autonomia, da Teoria de Beauchamp e Childress (promovendo, um equilíbrio entre a autonomia do médico e do paciente. Como também a introdução do conceito jurídico-legal de responsabilidade subjetiva do profissional da medicina, em que a responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Conclusões: ser médico é assumir a responsabilidade de privilegiar as suas opções e

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

decisões, sem ajuizar moralmente mas intervir corretamente, baseado em competências, de forma a produzir benefícios físicos e psicológicos para o paciente. A reforma do CEM traz avanços uma vez que reforça o princípio da autonomia (tanto do paciente como do médico).

Palavras-chave: Autonomia. Bioética. Código de Ética Médica.

ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM MACEIÓ-ALAGOAS - BRASIL

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: a cidade de Maceió localiza-se no Estado de Alagoas-Brasil, tendo como população estimada 3 120 922 habitantes. Nesse contexto, entre as atribuições da Secretaria Estadual de Saúde e de Segurança Pública está a elaboração e implantação da política de segurança e, a implementação de medidas preventivas que visem promover a cidadania e a inclusão social. A cidade conta com uma Maternidade Escola, com um local destinado ao serviço de acolhimento para assistência as vítimas de violência sexual. Nesses espaços o médico obstetra, a Psicologia e o Serviço Social trabalham de forma integrada, acolhendo adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica. Na prática pretende-se através de uma escuta sensível acolher o usuário, entender sua situação e a partir daí orientá-lo sobre as medidas necessárias. Os encaminhamentos são em vários âmbitos, desde o registro da ocorrência, até informações e encaminhamentos aos demais serviços do município.

Objetivos: discorrer acerca da experiência do serviço de acolhimento às adolescentes vítimas de violência sexual no estado de Alagoas.

Métodos: estudo descritivo e retrospectivo, utilizando-se dados coletados no livro de triagem e nos prontuários, em um serviço de referência em atendimento adolescentes vítimas de violência sexual, no período de agosto de 2006 a setembro de 2011.

Resultados: procuraram o serviço, em torno de 186 mulheres. Do total, foram selecionadas 64 adolescentes. A média de idade entre adolescentes é de 15,13 anos. Entre as adolescentes, 4, 1% cursavam a universidade e as demais tinha escolaridade média de 5,8 anos de estudo. Entre os tipos de violência sexual, 16% sofriam de abuso crônico por algum membro da família. Uma adolescente foi considerada violência por presunção, com

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

idade de 16 anos. Entre as adolescentes com idade inferior a 15 anos, 19 casos, em 18% a violência praticada foi a manipulação genital. Dentre os casos de estupro, o agressor era desconhecido pela maioria delas, sendo que 14% o agressor era conhecido. A agressão física mais registrada foi a penetração vaginal, e em 19 delas havia sinais de hematomas por várias partes do corpo.

Conclusões: percebe-se o serviço de referência, como uma possibilidade de acolhimento mais humanizado e ético na assistência a adolescente, o que contribui na orientação quanto a seus direitos e em seu fortalecimento psicológico após a vivência da situação de violência.

Palavras-chave: Violência sexual. Adolescente. Epidemiologia.

BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

FERREIRA, A.¹; PEREIRA, A.²

Os cuidados paliativos têm assumido grande relevância e importância na defesa do direito à dignidade da vida humana, principalmente em contexto comunitário, uma vez que a proximidade aos utentes é maior. Têm sido vários os artigos que defendem a necessidade urgente da implementação de equipas formadas e especializadas em cuidados paliativos em contexto comunitário. No entanto, este tem sido um processo algo lento. Pretendia-se, então, estudar as barreiras à implementação e à prática dos cuidados paliativos em contexto comunitário e em contexto de cuidados de saúde primários. Para tal, realizou-se uma pesquisa no *pubmed*, utilizando as palavras “palliative care”, “primary care” e “barriers”, tendo surgido 111 artigos. No entanto, apenas alguns estavam relacionados com a temática. Consulta de manuais especializados na temática também foi usada, assim como a experiência adquirida na prática de cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Comunidade, Barreiras.

¹ Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária a exercer funções no ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte – Centro de Saúde de Lousada. Pós-graduada em Cuidados Continuados e Paliativos pela CESPU desde 2010. Mestranda do Mestrado em Cuidados Paliativos da FMUP 2011/2013.

² Enfermeira a exercer funções no ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte – Centro de Saúde de Lousada.

DECISÃO CLÍNICA = DECISÃO SOBRE RECURSOS

REGO, A.¹ COELHO, P.²

Em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde surgem questões que exigem decisões éticas no que se refere ao tratamento, suporte de vida, entre outras. Assim uma prática clínica consciente consiste numa contínua tomada de decisões, de índole científico/técnica, mas também de cariz ético.

Todas as decisões clínicas são decisões baseadas nos recursos, ao induzir o consumo proporcionado ou desproporcionado de meios. A tomada de decisão é pois um processo cognitivo complexo que é necessário perante a evidência de se ter de resolver problemas. Baseia-se quase sempre na escolha entre várias alternativas.

Na atualidade, a prática clínica vive pois uma nova era no que se refere às decisões éticas, tanto em consequência do avanço tecnológico e das possibilidades terapêuticas, como da ponderação dos seus custos económicos face à escassez de recursos.

A ética na tomada de decisão diz respeito à abordagem dos diferentes problemas bioéticos vinculados ao começo, ao decurso e ao final da vida humana, do ponto de vista multidisciplinar, em que se tenha em consideração valores inerentes a uma perspetiva filosófica, jurídica e científica.

Segundo Pilar (1994) um modelo para a tomada de decisão em ética é um conjunto sistemático de princípios que motivam e guiam as ações. Tais princípios justificam e explicam as referidas ações que se desenvolvem com base nos objetivos vitais ou nos direitos dos outros relativamente ao cuidado que carecem.

Apresentamos um caso veredicto de uma criança com doença neurológica degenerativa segundo uma perspetiva ética sobre a decisão em fim de vida envolvendo a temática das decisões e suas implicações na gestão de recursos.

Bibliografia:

Pilar, A. (1994) Enfermaria: Ética y Legislacion. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., p.452

Rego, A. (2010). Reformas no Sector da Saúde. A equidade em Cuidados Intensivos.

¹ Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto; Mestre e Doutoranda em Bioética do Instituto de Bioética - UCP

² 2 Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - UCP; Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica; Doutoranda em Enfermagem.

Lisboa: Universidade Católica Editora Coleção Investigação, 216p.

Rego, A. Os dilemas éticos e o processo de tomada de decisão”, (2011) comunicação apresentada no V Encontro Luso-brasileiro de Bioética, organizado pelo Instituto de Bioética da UCP, Porto, em 4 de Julho de 2008, disponível em <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Am%C3%A9lia%20Rego.pdf>, acedido em 14-05-2011.

Rego, A.; Coelho, P. (2011) “Ponderação sobre a qualidade de vida e a liceidade moral para deixar morrer”, Revista Portuguesa de Bioética, Cadernos de Bioética, n.º 13, Abril de 2011, p 75-89.

Sgreccia, E. (2009). Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica. Parede: Editora Principia.

Zoboli, E.; Fortes, P. (2006). Ética e políticas públicas. In: Oguisso, T; Zoboli, E.L.P. (Org.). Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. 1 ed. Barueri: Manole, p. 187-199

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO: A VISÃO DE ESTUDANTES E PROFESSORES DE UMA FACULDADE DE MEDICINA BRASILEIRA

CANUTO, A.M.M¹; MENEZES, J²; NICÁCIO, D³; NUNES, R.⁴

INTRODUÇÃO – O modelo biomédico predominante no século passado transformou o atendimento médico em um procedimento automático, onde a relação médico-paciente foi perdendo o seu significado. A descoberta de tecnologias avançadas de diagnóstico como os exames de imagem permitiram ao médico pensar que o corpo seria desvendado sendo a máquina, talvez mais importante, que o próprio contexto físico, espiritual, mental e social do ser humano. As consequências desse modelo de formação do médico parecem confirmar a necessidade de reformular a formação do médico tornando-o conforme as Diretrizes Curriculares de 2001, no Brasil “... médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

METODOLOGIA E RESULTADOS: Participaram 35 Professores de medicina e 56 estudantes de medicina, sendo 43 do sexo feminino e 48 do sexo masculino. Corresponde a uma amostragem não-probabilística, isto é, de conveniência, em que os participantes quando convidados a participar do estudo, decidiram voluntariamente responder ou não ao questionário. Para você é necessário ou não o processo de humanização? Por favor, explique sua resposta. Os resultados apresentados referem-se à análise de conteúdo de questionários aplicados a estudantes e professores médicos do curso de Medicina.

CONCLUSÕES: Conclui-se que é marcante a ênfase em crenças de necessidade da humanização, da educação médica continuada e de compreensão da importância da relação médico-paciente. Entretanto, ainda existe a crença fatalista de que o processo de

¹ Estudante do Programa de Doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Portugal/Conselho Federal de Medicina – Brasil.

² Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil.

³ Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil.

⁴ Doutor em Medicina/ Bioética. Professor Catedrático de Sociologia Médica/Bioética FMUP.

humanização é um fator de personalidade do indivíduo, e não da formação do profissional de medicina e da prática deontológica do profissional médico

Palavras-chave: Humanização. Relação médico-paciente. Ética clínica.

A BIOÉTICA PRINCIPIALISTA APLICADA AO ABSENTEÍSMO: DOENÇA NO TRABALHO

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: o absenteísmo-doença se refere ao não comparecimento ao trabalho por motivo de doença ou problema de saúde, relacionado ou não ao trabalho.

A questão da ausência ao trabalho por motivo de doença por parte dos trabalhadores é intrigante e relevante, dada a percepção de um grande volume de licenças médicas e de dias não trabalhados.

Objetivos: analisar a produção científica brasileira sobre absenteísmo e bioética.

Métodos: foi realizada busca na base de dados Medline e Lilacs dos artigos publicados na última década.

Resultados: o estudo e o enfrentamento técnico do sofrimento do homem no trabalho carece de um aporte interdisciplinar para ser esclarecido. Beauchamp e Childress propuseram a teoria principialista da Bioética segundo a qual entende-se por autonomia a capacidade para atuar segundo decisão própria; A não maleficência é um princípio que se baseia na obrigação de não causar prejuízos intencionais a outrem; Beneficência seria a obrigação moral de agir em benefício dos outros;

O princípio da justiça diz respeito a garantir-lhe o direito fundamental da cidadania. Esses princípios fundamentais servem de regra para o agir do profissional de saúde, respeitando-se cada paciente. É o resgate da dignidade da pessoa, priorizando-se a qualidade de vida e a proteção à vida humana, com tolerância e dignidade.

Conclusões: sob a reflexão bioética, devem-se estimular transformações produtivas onde haja maior equilíbrio de poder entre as partes envolvidas, sendo tais transformações

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

baseadas em informações objetivas em vez de preconceitos, conjugando-se com o desenvolvimento histórico da vida cotidiana, cuja referência segura é o trabalhador.

Palavras-chave: Bioética. Absenteísmo. Trabalho

FAZER ESCOLHAS EM SAÚDE: UM ATO DE INTELIGÊNCIA E DE VONTADE, EM LIBERDADE

ROCHA, M. L.¹; COELHO, S.P.F.²

As diferenças em saúde nem sempre são socialmente determinadas pela pobreza, pelo desemprego, pelo suporte social e educativo deficiente, etc.). De facto, essas diferenças decorrem, frequentemente, da atividade voluntária da pessoa; ou seja, de livres escolhas pessoais por estilos de vida que condicionam o risco de adoecer e morrer.

Das três fases da atividade voluntária inerente ao género *homo sapiens* – deliberação, decisão, execução – a decisão apresenta, justamente, o momento da **escolha** (segundo a própria etimologia: *de-scindere* = cortar), em que o conflito de motivos que impelem à ação se resolve pelo triunfo de um deles. Esse trabalho de escolha, iluminado pelas nossas convicções ponderadas (*considered convictions*)³; isto é, pela consciência, faz-se normalmente por um juízo prático definitivo de valor e preferência, que anuncia uma ordem e decide uma ação a praticar. Neste juízo, que ao mesmo tempo é *atividade eletiva* (enquanto escolhe um ato a produzir) e *inibitória* (ao realçar os juízos contrários)⁴ intervém livremente inteligência e vontade, em atividade síncrona sob o aspeto cronológico, mas com prioridade recíproca segundo se considere a sua mútua causalidade. Assim, para além de constituir um imperativo na distribuição equitativa dos recursos disponíveis⁵, fazer escolhas em saúde é, formalmente, um ato de inteligência e de vontade, exercido em liberdade. Através de uma escolha livre, o ato voluntário pode ser penalizador e condicionar a própria vida, como pode assumir relevância ética e moral, tornando-se, ele próprio, instrumento para a libertação da pessoa humana.

¹ Universidade Católica Portuguesa – Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Mestre em Bioética e Ética Médica. Doutoranda em Enfermagem.

² Universidade Católica Portuguesa – Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Doutoranda em Enfermagem.

Referências Bibliográficas

³ RAWLS, John (1993) – A Theory of Justice. Oxford: Oxford University Press, 1971. Ed. utilizada: Uma Teoria da Justiça. Lisboa: Editorial Presença.

⁴ ROCHA, M. Lúcia. (2003) – Repensar o Ensino de Enfermagem: para enfrentar os novos desafios da bioética. Dissertação de Mestrado, orientada pela Prof. Doutora Margarida Vieira e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

⁵ 3REGO, Guilhermina; NUNES, Cristina; MELO, Helena; NUNES, Rui; (2001) – Afetação de Recursos para Tecnologia Sofisticada. In: NUNES, Rui; MELO, Helena – A Ética e o Direito no Início da Vida Humana. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

A INTERRUPÇÃO DA GESTÃO DE FETOS ANENCÉFALOS E A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA DO OBSTETRA

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: a atual pauta da bioética permite um questionamento amplo sobre diversos aspectos relativos ao viver. Uma temática importante trata da interrupção de gravidez em caso de fetos anencéfalos. Por outro lado, a objeção de consciência do médico obstetra expõe conflitos entre convicções pessoais e a dimensão pública da atuação profissional na área de saúde.

Objetivos: realizar uma reflexão acerca dos aspectos bioéticos que norteiam a interrupção da gestação de fetos anencéfalos frente a objeção de consciência.

Métodos: trata-se de uma pesquisa que elegeu a reflexão teórica cujo método privilegia a revisão de literatura em bioética e aborto, bem como a breve análise dos posicionamentos manifestados quanto a objeção de consciência.

Resultados: o debate proporcionou diferentes posições acerca do tema onde a principal oposição era autonomia do médico e autonomia do paciente. Pode observar que poucos estudos lograram distinguir apropriadamente nesta oportunidade os limites éticos da defesa de valores morais pessoais em situações de conflito. Enquanto que outros estudos apresentam resultados importantes, a saber o desenvolvimento da reflexão no que respeita à dignidade da mulher, o respeito à sua autonomia da vontade e liberdade para a proibição de circunstâncias assemelháveis à tortura, proibida ética e constitucionalmente. Leva-se também em consideração a necessidade de um posicionamento judicial do qual depende a mulher para que sua liberdade de escolha seja preservada sem punições legais. É questionado a que fatores implicam a liberação da interrupção da gravidez. É imprescindível respeitar a decisão da família do bebê anencéfalo, preservando a sua liberdade de escolha e para isso, os médicos precisam conhecer todos os vértices

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

biopsicossociais, para atuar sem recriminações e imposição de sua própria filosofia.

Conclusões: ficou demonstrado que este conflito precisa ser objeto de ações pedagógicas repetidamente.

Palavras-chave: Anencefalia. Bioética. Objeção de consciência.

EDUCAÇÃO PARA OS VALORES

NUNES, R.; REGO, G.; DUARTE, I; ALVES, C; SANTOS, C; OLIVEIRA, S; SOARES, R; RELVAS, M.; SANTOS, A; TEIXEIRA, M.; BARROS, S.; MORGADO, H. ⁽¹⁾

Introdução: A escola constitui-se como um espaço privilegiado de aprendizagens e de aquisição de competências sociais. Nesse sentido, torna-se premente uma intervenção eficaz no sentido de uma formação integral que promova o desenvolvimento pessoal, social, afetivo e cultural de cada um dos jovens.

Objetivos: A implementação de um projeto específico de formação para os valores e para uma cidadania responsável, estruturada em diferentes áreas temáticas, assume-se como fundamental para a consolidação de soluções face a uma crise de valores e de referências cada vez mais emergente. O projeto Educação para os Valores é uma parceria entre o Serviço de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e o Pelouro do Conhecimento e Coesão Social da Câmara Municipal do Porto, tendo sido sensibilizados os agrupamentos de escolas, as associações de pais e a restante comunidade educativa para a importância da sua implementação.

Metodologia: O projeto decorre desde o ano letivo 2009/2010 nos dezassete agrupamentos de escolas do Município do Porto, envolvendo mais de setecentos alunos do 9.º ano de escolaridade em cada ano letivo. A sua concretização passa pela realização de ações de formação semanais, centradas em oito unidades temáticas, tendo como objetivo geral a consciencialização dos jovens sobre a sua construção enquanto pessoa humana, a promoção dos valores humanistas e de um pensamento crítico, essencial à determinação do seu lugar na sociedade. Paralelamente à componente formativa e interventiva, o projeto comporta uma componente de investigação, que permite enquadrá-lo como um projeto de investigação-ação. Para isso, é considerado um número predefinido de turmas do 9º ano de escolaridade de diferentes turmas das dezassete escolas do 3.º ciclo do ensino básico do Município do Porto, não envolvido na formação, que possibilita a constituição de um grupo de controlo para se efetuar uma comparação com significado estatístico e, deste modo, tirar ilações sobre a importância da mesma nesta fase do ensino. Resultante da investigação, pretende-se aferir:

¹ Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- 1.Sobre os conhecimentos e percepções existentes acerca da educação para os valores;
- 2.Sobre os comportamentos e atitudes relacionados com as temáticas discutidas; e,
- 3.Se existem diferenças significativas entre os alunos sujeitos e não sujeitos a formação.

Para a validação deste estudo de investigação obteve-se a autorização da Direção de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Aplicou-se a ambas as turmas – turma de formação e turma de controlo – um questionário de avaliação dos conhecimentos e dois inventários sobre valores (Valores Pessoais e Interpessoais aferidos para a população portuguesa).

Resultados e Conclusões: Os resultados encontrados permitem aferir que o objetivo principal do projeto parece estar a ser cumprido, ou seja, a promoção dos valores humanistas, o desenvolvimento de capacidades de comunicação e de um pensamento crítico essencial para o desenvolvimento do adolescente, visando o exercício de uma autonomia responsável, criando as condições para a concretização de escolhas informadas e comportamentos saudáveis e socialmente responsáveis.

CONSENTIMENTO DOS DOENTES PARA A PUBLICAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS. REVISÃO DA LITERATURA.

BERNARDES, M.J.¹; NUNES, R²

Apesar de nas revistas médicas mais conceituadas ser notória a exigência do cumprimento da regra do consentimento informado nos estudos observacionais e experimentais realizados em humanos, o mesmo não acontece com a publicação de casos clínicos.

Neste trabalho, realizou-se uma revisão da literatura sobre o consentimento do doente para a publicação de casos clínicos, tendo-se efetuado uma pesquisa na PubMed e na ISI Web of Knowledge, com as palavras “case and consent and (report or reports)”.

Foram selecionados 35 artigos, que incluíram 3 normas (guidelines), 9 estudos de avaliação de editores, Internet ou revistas, 11 cartas ao editor, 8 comentários e 4 editoriais, a maior parte dos quais provenientes das áreas de Medicina Geral/Medicina Interna e de Anestesiologia. A referência ao cumprimento da regra de consentimento informado pelas revistas avaliadas, nos estudos analisados foi de apenas 0 a 23%. Contudo, foi consensual o reconhecimento do direito dos doentes à confidencialidade, apesar de ser controversa a obrigatoriedade de se obter o consentimento informado por escrito dos doentes para a publicação de todos os casos. Enquanto alguns autores e editores defendem o consentimento informado escrito em todos os casos, outros admitem o consentimento não escrito, ou mesmo a ausência de consentimento, em situações que possam ter interesse médico público relevante.

É manifesta a procura de consensos entre autores e editores, mas ainda é necessária mais investigação para melhor se elucidar como lidar com o direito dos doentes à autonomia e à confidencialidade sem se comprometer o dever de publicar em nome do progresso da medicina e do interesse público.

¹ Aluna do último ano do Mestrado Integrado em Medicina; 2- Professor Catedrático. Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

² Professor Catedrático. Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O ABORTO NO ESTADO BRASILEIRO: O DEBATE ENTRE OS PODERES

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: a importância da realização constante de reflexões ético-jurídicas e bioéticas para a observância da interrupção gestacional como procedimento terapêutico a ser legalizado, se faz cada vez mais necessário o diálogo entre o Direito, a Ciência e a Ética, com fulcro na compreensão tanto das principais teorias sobre o início da personalidade jurídica, quanto na reflexão acerca do direito à saúde da mulher.

Objetivos: Analisar de que modo os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário têm avançado no debate sobre a moralidade do aborto, como também se as políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde têm proporcionado sua prevenção.

Métodos: foi realizado levantamento e busca na base de dados dos textos publicados na última década dos julgados dos Tribunais Superiores e dos Tribunais Federais, como também dos modelos de políticas públicas vigentes do Ministério da Saúde para a assistência a esse problema de saúde pública.

Resultados: a atual pauta nas três esferas do poder judiciário brasileiro, ainda permite um questionamento amplo sobre diversos aspectos relativos ao viver. Uma temática que Leva-se em consideração a necessidade de um posicionamento judicial do qual depende a mulher para que sua liberdade de escolha seja preservada sem punições legais. Ao que parece, há uma intenção de se respeitar a decisão da família do bebê anencéfalo, preservando a sua liberdade de escolha e para isso, os médicos obstetras precisam conhecer todos os vértices biopsicossociais, para atuar sem recriminações e imposição de sua própria filosofia. Entretanto constatou-se que na esfera do Judiciário, há uma disposição ao reconhecimento dos direitos das mulheres, sem, contudo, criticar sua criminalização. O Executivo vem implantando políticas de saúde contempladoras dos direitos das mulheres, porém, não adotou medidas legislativas visando à revisão das normativas punitivas. Por outro lado, o

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

poder Legislativo visivelmente tem-se mantido distante do compromisso da ação, porquanto a maior parte dos Projetos de Lei agrava penalmente a situação das mulheres que abortam. Quanto as políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde, números alarmantes de procedimentos de curetagem uterina, ainda alavancam as estatísticas nacionais de procedimentos no Sistema Único de Saúde. A assistência humanizada as mulheres em situação de aborto, tem cenário diferente quando comparado as regiões brasileiras com maior e de menor desenvolvimento observa-se que há muito a se fazer pela assistência obstétrica digna, quer seja as condições profissionais do médico, ou do acesso a paciente.

Conclusões: um longo caminho há de ser percorrido, até que o Estado brasileiro cumpra com seus compromissos internacionais concernentes à percepção do aborto como problema de saúde pública, o que implica cobrar a adoção de medidas que visem a prevenção da gravidez indesejada ou não planejada, como precaução aos danos que o aborto promovem e de políticas asseguradoras de assistência médica com qualidade e acessíveis para as mulheres que se submetem a tal prática.

Palavras-chave: Aborto. Legislação. Estado.

PRÁTICAS E ATITUDES FRENTE À ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO EM ADOLESCENTES: PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NUMA MATERNIDADE DO SUS, NO NORDESTE DO BRASIL

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: face a penalização na legislação brasileira quanto ao abortamento provocado, consideramos de extrema importância explorar as atitudes dos profissionais de saúde que têm um papel crucial na assistência dessas mulheres.

Objetivos: identificar quais fatores, valores éticos e deontológicos que fundamentam as opções dos profissionais de saúde face à interrupção voluntária da gravidez.

Métodos: participaram 18 profissionais de saúde, sendo 12 médicos e 6 enfermeiros que prestaram assistência abortamento provocado em adolescentes por o período de um ano em hospital do Sistema Único de Saúde, no ano de 2010. Aplicou-se questionário estruturado contendo alternativas que pretendiam conhecer as posições éticas dos profissionais, nas várias dimensões, assim como, os direitos do embrião versus direitos da mulher, conceitos sobre o início da vida humana e proteção da saúde da mulher.

Resultados: de acordo com os resultados obtidos podemos observar concordância quanto ao atendimento prestado às adolescentes. Quando se trata da opção da adolescente interromper a gravidez voluntariamente, tanto os médicos como os enfermeiros se declararam contra. Existe concordância entre os profissionais de saúde de que a vida humana se inicia logo após a gestação. As objeções éticas são um pouco mais marcadas que as religiosas. Na sua maioria os profissionais apontaram ter conhecimento suficiente para decidir mesmo em caso do aborto a pedido da adolescente até às 10 semanas. Os médicos e os enfermeiros apresentaram características bem definidas quanto aos dilemas éticos do binômio direito à vida versus direito aos cuidados da saúde da adolescente.

Conclusões: é indispensável, contudo, que se respeite a pluralidade de perspectivas que, no

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

caso específico do aborto, representam opiniões cujo fundamento ético é inconciliável. Toda a sociedade e quem trabalha diretamente com a saúde do povo em particular deve discutir em busca do consenso possível sobre a prática da interrupção voluntária da gravidez, a fim de evitar a arbitrariedade ética.

Palavra-chave: Aborto provocado. Bioética. Multiprofissionais.

SÍNDROME DE BURNOUT EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS E A BIOÉTICA DE PRINCÍPIOS

CHAVES, J.H.B.¹; MENDONÇA, V.L.G.²; PESSINI, L.³; REGO, G.⁴; NUNES, R.⁵

Introdução: nas últimas décadas, o stress ocupacional ou a síndrome de burnout é uma doença contraída pelo ápice do estresse profissional, podendo ser suscitada pelas ações cotidianas no trabalho. Uma das formas de prevenção se dá mediante o processo dialógico e a adoção de condutas contempladoras do reconhecimento do outro como pessoa humana autônoma. Desta forma tem suscitado grande interesse na comunidade científica, devido aos custos e efeitos ao nível individual e organizacional.

Objetivos: conhecer as causas do esgotamento profissional percebidos no trabalho docente, que interfiram na qualidade pedagógica.

Métodos: foi realizada busca na base de dados Medline e Lilacs dos artigos publicados na última década.

Resultados: de fato, os autores tem vindo a demonstrar um crescente interesse pela compreensão deste fenômeno, em termos da sua incidência e prevalência nas mais variadas profissões. A definição mais aceita sobre a síndrome de *burnout* fundamenta-se na perspectiva psicossocial que pode afetar profissionais de diversas áreas. No caso específico dos profissionais docentes, a presença do Burnout torna-se ainda mais preocupante, pois interfere de forma significativa na relação professor-aluno assim como em todo o processo de ensino- aprendizagem. Sendo assim, Burnout em professores afeta o ambiente educacional e interfere na obtenção dos objetivos pedagógicos, levando esses profissionais a um processo de alienação, desumanização e apatia, ocasionando problemas de saúde, absenteísmo e intenção de abandonar a profissão. Ainda que esse assunto tenha sido foco de investigação em vários países, no Brasil, poucos estudos tem sido relatados, que abordam a síndrome de *burnout* em professores principalmente quanto a sua associação com fatores de estresse. A Bioética baseada em Princípios reconhece, com base no

¹ Doutorando em Bioética, Universidade do Porto, Portugal.

² Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

³ Professor Doutor do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.

⁴ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁵ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

princípio da autonomia, o direito da pessoa à autodeterminação, bem como o princípio da justiça, enquanto balizador das relações sociais, implicando a atribuição equitativa de bens sociais. Esses princípios são desconsiderados pela ascensão da doença burnout. Na medida em que a falta de saúde no trabalho se dá fundamentalmente, mediante as emoções do sujeito e do sentimento de esgotamento emocional.

Conclusões: a bioética pode ser uma ferramenta de valorização da vida humana, sendo utilizada na mediação de conflitos, tendo seus princípios empregados na formulação de cartilhas de boas práticas nas relações de trabalho, visando à prevenção do Burnout. Propondo-se assim, que a evolução do esgotamento profissional pode ser minimizada sem comprometer a integração ensino, saúde e comunidade.

Palavras-chave: Burnout. Docentes. Bioética.

A DOENÇA CARDIOVASCULAR E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

NUNES, S.¹; NUNES, R.²; REGO, G.³

Introdução

A doença pode ser analisada através de uma perspetiva fenomenológica, onde cada doente vive a sua situação de doença de forma diferente. Processo de transição definido por Meleis (1986) significa "uma passagem ou movimento de um estado (...) para outro". Conhecer o processo de transição dos doentes cardiovasculares é essencial pois são pessoas que estão revestidas de circunstâncias biopsicosocioculturais. Os objetivos deste trabalho foram descrever as características individuais/ clínicas de doentes entre os 35 e os 64 anos de idade internados num hospital central do Porto em Portugal, descrevendo as relações entre elas.

Metodologia

Estudo transversal com uma amostra de 106 doentes que foram recrutados durante 13 meses num serviço de Cardiologia com um Enfarte Agudo do Miocárdio “de novo”, com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos de idade. A colheita de dados foi efetuada através da análise do processo dos doentes e com recurso a uma entrevista estruturada.

Resultados

Dos 106 doentes recrutados e inquiridos ao longo do estudo consegue-se compreender que os resultados não são muito diferentes das estatísticas internacionais. Os fatores de risco mais prevalentes continuam a ser os mais preocupantes após a alta pois são fatores modificáveis que importa trabalhar com cada doente. Verifica-se uma falta de acompanhamento e apoio a estes doentes, o que permite que o seu processo de transição não seja completo nem correto.

¹ Estudante de Doutoramento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

² Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

³ Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Conclusão

A transição que os doentes cardiovasculares atravessam deveria ter uma característica essencialmente positiva, sendo que a pessoa ao passar pela doença deveria alcançar uma maior maturidade e estabilidade.

Sabe-se que os estilos de vida estão diretamente associados aos fatores de risco pelo que é essencial um acompanhamento rigoroso no que diz respeito aos fatores de risco cardiovasculares modificáveis. O compromisso dos doentes e dos profissionais é fundamental em todo o contexto.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS: NECESSIDADES SENTIDAS NO CONCELHO DE BRAGANÇA

CORREIA¹, M. P.; FERNANDES², A.; ANTÃO, C.³

Introdução: Portugal está a passar um processo natural de transformação populacional, devido ao envelhecimento demográfico. Este gera contrastes a nível regional, refletidos na inversão da pirâmide etária. Neste cenário, os idosos estão mais vulneráveis devido às limitações do próprio processo de envelhecimento, doenças generativas e acesso aos cuidados e serviços de saúde.

Objetivos: Análise da capacidade funcional de uma população idosa através da adaptação da versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services*, realizada por Rodrigues (2007), traduzida no Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos.

Métodos: A recolha de dados foi realizada através de entrevista, no mês de Março de 2011, em 33 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, utentes dos Centros de Saúde de Bragança (Sé) e Vimioso. Foi realizada pela autora e pelos estagiários de 3º e 4º anos, da licenciatura em Enfermagem, do Instituto Politécnico de Bragança. Todos os inquiridos foram informados a respeito da pesquisa e dos objetivos que lhe estavam relacionados. Após o esclarecimento de todas as dúvidas, o idoso assinou um termo de consentimento informado, livre e esclarecido. Realizada a recolha de dados, foi necessário interpretar os dados quantitativos através do programa Estatístico SPSS, recorrendo a métodos de índole descritiva. O questionário define três elementos de avaliação funcional da população idosa (avaliação funcional do indivíduo, serviços sociais e de saúde e descrição do serviço de acordo com o nível funcional) e possui cinco domínios (saúde física, recursos económicos, atividades de vida diária, recursos sociais e saúde mental). O presente trabalho centrar-se-á somente nos primeiros três blocos: Saúde Física, Recursos Económicos e Atividades de Vida Diária (AVD).

¹ Docente no Instituto Politécnico de Bragança. Mestre em Gestão. Aluna do Curso de Pós-Graduação em Gestão e Administração Hospitalar da Associação Portuguesa de Bioética e Doutoranda em Ciências Sociais do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

² Docente no Instituto Politécnico de Bragança na Escola Superior de Saúde de Bragança.

³ Docente no Instituto Politécnico de Bragança na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Conclusões do estudo: Referem que as patologias mais referidas são doenças crónicas, sendo por isso as que influenciam a capacidade das pessoas viverem o seu dia-a-dia. Cerca de 39,4% dos idosos auferem um montante inferior ao mediano (300€ como remuneração média identificada), evidenciando a necessidade de ajuda económica. Em relação à capacidade funcional para as AVD verificamos que esta está relacionada com o risco de dependência. Consequentemente, a baixa limitação dos idosos inquiridos é compatível com valores esperados para idosos não institucionalizados.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Avaliação Funcional do Idoso.



bioética
associação portuguesa de bioética