

[illegible]

CONGRESSO  
NACIONAL DE BIOÉTICA  
30-31 Maio 2008

# 1º FÓRUM LUSO-BRASILEIRO DE BIOÉTICA

Comissão Organizadora:  
**IVONE DUARTE**  
**MIGUEL RICOU**  
**CRISTINA BRANDÃO**  
**HELENA MELO**  
**CATARINA CANÁRIO**



# Ficha Técnica

## **Título Original**

Livro de Resumos do 9º Congresso Nacional de Bioética

## **Autores**

Rui Nunes e Guilhermina Rego

## **Projeto Gráfico e Diagramação**

Fortunato Cardoso Silva

## **1ª Edição**

dezembro 2020

## **ISBN**

978-989-54596-6-7



## 9.º CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA

### PALAVRAS DE ABERTURA

RUI NUNES<sup>1</sup>

Numa sociedade plural qualquer profissão impõe determinados deveres àqueles que a exercem, tendendo a dotar-se de um estatuto codificado em que estejam bem definidos os deveres profissionais. A deontologia médica configura-se, então, como um conjunto de deveres inerentes ao exercício da medicina, tratando de garantir o bom exercício profissional e adaptando-se progressivamente a novos paradigmas emergentes. Este conjunto de deveres decorre da aceitação pela classe médica de um determinado padrão de conduta, periodicamente revisto pelas associações profissionais. Em Portugal, a deontologia médica revê-se - mas não se esgota - no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, devendo este ser a base orientadora da conduta profissional a todos os níveis de actuação.

Note-se que a auto-regulação profissional é uma característica tradicional das profissões da saúde com particular acuidade na prática médica. Nalguns países, a ética médica e a deontologia profissional estão de tal modo interdependentes, que não é sentida a necessidade de se recorrer à formulação legal dos princípios orientadores e das regras profissionais, optando-se, ao invés, pela auto-regulação e pela criação de sanções de carácter disciplinar. Compete às associações profissionais a tarefa de divulgar os princípios de boa prática médica que, na realidade, servem mais de guia de orientação do que de regras formais de conduta. Nos países com esta tradição, que emergiu da obra de Thomas Percival "*Medical Ethics: A Code of Ethics and Institutes Adopted to the Professions for Physic and Surgery*", acredita-se mais na responsabilidade intrínseca da profissão do que na imposição de um conjunto de regras codificadas e com carácter normativo. A auto-regulação tem assim duas componentes distintas: o controlo dos profissionais pela classe, bem como a percepção pelo médico da responsabilidade intrínseca à sua profissão e o correspondente estatuto outorgado pela sociedade.

Como regra geral o médico deve-se orientar pelos princípios éticos atinentes à tradição da medicina, consubstanciados no Código Deontológico, respeitando a vida humana e a sua dignidade. A ética e a deontologia médicas reportam-se, de um modo mais concreto, a problemas respeitantes à relação médico-doente, às virtudes que devem caracterizar o médico, bem como ao relacionamento apropriado entre colegas de profissão. De facto, a deontologia profissional mergulha as suas raízes na tradição hipocrática do exercício da medicina.

Em Portugal a Deontologia Médica tem uma longa tradição desde a aprovação do Primeiro Código Deontológico pela Associação Médica Lusitana em 1914. A Associação Médica Lusitana - precursora da Ordem dos Médicos - propugnava já nos seus estatutos de 31 de Dezembro de 1913 a elaboração de um Código de Deontologia Médica. O Primeiro Código Deontológico correspondeu à cristalização ideológica decorrente do 1.º Congresso Nacional de Deontologia Médica e Interesses Profissionais realizado entre 21 e 24 de Fevereiro de 1912, o primeiro e único realizado em Portugal sobre este tema,

---

<sup>1</sup> Presidente do 8.º Congresso Nacional de Bioética

designadamente no que se refere aos princípios éticos, bem como ao seu ensino e fundamentação. As suas propostas, unanimemente aceites neste fórum nacional de médicos, sugeriam que o ensino da deontologia compete às faculdades de medicina ainda que a sua implementação e verificação seja da estrita competência dos órgãos de classe (nomeadamente à Ordem dos Médicos entretanto criada em 1938). Este esforço de autodisciplina, ainda que sem carácter de lei, regulamentou a prática médica desde 1914 até aos dias de hoje, ocasião em que urge repensar os valores nucleares da prática médica.

De acordo com Luís de Pina, num artigo publicado na revista Acção Médica em 1951, existe em Portugal uma verdadeira Escola Deontológica Portuguesa na esteira da obra realizada nos séculos XVI e XVII por autores como Henrique Jorge Henriques, Jerónimo de Miranda, Amato Lusitano, Rodrigo de Castro ou Zacuto Lusitano. Recorde-se que, na formação médica, é obrigatória desde 1911 a disciplina de História e Filosofia Médicas e Ética Profissional - hoje Bioética e Deontologia Profissional - ainda que o primeiro voto para o ensino destas matérias em Portugal data já de 1899.

Neste contexto evolutivo, qual a razão para o 9º Congresso Nacional de Bioética mergulhar sobre a temática da Deontologia Médica? Será apenas o lapso temporal desde a realização do 1º Congresso Nacional de Deontologia Médica e Interesses Profissionais que justificará a realização de um novo evento, quase um século mais tarde?

A razão reside no facto de que hoje, ao contrário de 1912, vivemos numa sociedade plural e democrática e num Estado de direito fundado na dignidade da pessoa humana. Ou seja, a existência de pluralismo cultural, nas sociedades modernas ocidentais, originou a necessidade de se encontrar uma plataforma comum para a resolução de determinados conflitos na área da medicina. E, esta plataforma não se reduz à deontologia médica tradicional, apelando sim à participação cívica de todos os cidadãos. Ou seja, é a própria classe médica que sente a necessidade de se repensar a ela própria de acordo com os valores fundamentais da nossa sociedade.

Recorde-se que alguns dos temas mais fracturantes da nossa sociedade - tal como a interrupção de gravidez, a procriação medicamente assistida ou mesmo a eutanásia - não estão devidamente perspectivados no código que regulamenta a prática médica. De facto, novos conhecimentos nas ciências biomédicas podem questionar axiomas considerados imutáveis, originando uma mudança gradual da matriz social, impondo-se uma adequação da deontologia médica aos novos valores emergentes, de modo a que a medicina mantenha a posição de relevo que justamente detém na nossa sociedade.

Em síntese, é este o objectivo nuclear do 9º Congresso Nacional de Bioética. Reinventar a deontologia profissional de acordo com os valores mais representativos da nossa sociedade, sem esquecer, porém, a tradição hipocrática do exercício da medicina.

# THE CHILD AND FAMILY: SOME FOUNDATIONAL BIOETHICAL REFLECTIONS

TRISTRAM ENOELHARDT JR.<sup>1</sup>

*In a postraditional, post-Christian, post-modern culture, the status of the child and of parental authority over children constitute major puzzles with significant implications for bioethics and pediatric health care. The status of the child and parental authority are points of cultural and legal controversy, because we do not share one morality. The family, parental authority, and the status of children are battlefields in the culture wars. Many, but not all, of these controversies are associated with the views embraced by the Convention on the Rights of the Child. That Convention, for example, places centrally "the best interests of the child" (article 3) without sufficiently addressing three core questions: who decides what the child's best interests are, by whose standards are the child's best interests to be determined, and, perhaps most importantly, what authority do parents have over children that is not reducible to concerns with best interests. To begin, parents often affirm the best interests of their children but engage standards of best interests at odds with those of the general society. This occurs, for example, when parents wish to bring their children to embrace and maintain particular ideological and religious views of human flourishing and of their best interests, which a society's dominant ideological views reject. I have in mind issues such as the involvement of parents in decisions regarding the provision of information concerning contraception, as well as the provision of abortion. One might think of the British case of Gillick versus West Norfolk and Wisbech Area Health Authority (1986), which ruled against a mother who did not want her 15-year-old daughter to receive sex and contraceptive education from the local National Health Service physician.*

In part, we face these controversies because many traditional social institutions are in disarray. For example, it is no longer so clear to many as it once had been that children should obey the commandment: "Honor your father and your mother, that your days may be long upon the land ..." (Exodus 20:12). This commandment sets parents in authority and connects the child's obedience to the child's best interests. In contrast, the various ideologies born of the Enlightenment and the French Revolution that accent self-determination and self-realization conflict with traditional moral, religious, and metaphysical frameworks that recognized parents as in authority over their children. Such post-traditional moral visions ground social institutions in concerns for liberty and equality, as well as in libertarian concerns for the emerging autonomous consent of the child as a source of authority. The libertarian accent is especially salient in the face of moral pluralism, because, when there is substantive moral diversity, the key source of general moral authority among moral strangers is by default the consent of those who wish to collaborate.

The notorious difficulty is that such groundings of the rights of individuals in liberty and autonomous choice cannot apply without serious qualifications to children. Children range from infants who possess no autonomy to mature minors who may be only fifteen years old, but may nevertheless possess more maturity and autonomous decisional capacity than some who are over twenty-one. The question is then how to think of children and their relationship to their parents, especially in the light, or for that matter shadow, of liberal and libertarian ideologies, not simply because, when children are infants, they cannot

---

<sup>1</sup> Rice University, Texas.

be regarded as autonomous, but most significantly, because even when they do possess a mature decisional capacity, they are not always recognized as in full authority over themselves. Many would hold such mature minors to have the full moral rights of adults. Others would hold them, despite their effective autonomy, still to be under the authority of their parents. Indeed, a robust recognition of mature minors as in full authority over their lives would substantially recast the character of the family, a circumstance applauded by some and bemoaned by others.

Post-traditional, post-Christian, post-modern societies have difficulty in understanding and finding a place for the traditional forms of parental authority, because such authority cannot be fully reduced to concerns for the best interests and the autonomy of the child. In part, this is the case because parents often impose on their children choices that are in the best interests of the family, but not strictly in the best interests of the child. Such occurs, for example, when parents establish within the family and therefore also for the child a family ideology or religion that drives choices for the child that are difficult to appreciate as grounded in best-interest considerations for the child as generally understood. One might think of the Jewish circumcision of boys, which presupposes a thick, religiously grounded view of the child's best interests and of parental authority. Societies even generally regard parents as in authority to emigrate to areas where the health care for some of the children may be diminished, but yet where the long-range welfare of the family as a whole may be enhanced. Societies also accept parents as in authority to encourage dangerous sports activities such as motorcycle racing that, according to general secular canons, may not be fully in the best interests of the children. The result is that appeals to the child's best interests beg the question of how to define those best interests, as well as to who should judge best interests and why. In particular, should the state or the family presumptively be the judge? Finally, children are often treated as simply under the authority of their parents apart from any best-interests concerns for the child. Children are subject to parental choices that are meant to direct and focus the child's future, not to open it to the full range of generally secularly acceptable possibilities. Parents function not just as trustees established by society to protect the best interests of their children, but also as in authority over their children, thus raising questions about the nature and authority of the family.

As already noted by reference to the British case of Gillich, these issues of parental authority surface when parents wish to direct the kind of physician-patient relationship their children have and what treatment choices are to be made, as well as to have access to the medical records of their minor children. In short, the Convention of the Rights of the Child notwithstanding, parents often wish to subject their children to parental choices that are difficult to defend by general secular best-interests standards. Core to understanding this state of affairs is the family and the authority of the family and the authority it should and does possess. In this presentation, the focus will be on the foundation of such bioethical issues through an exploration of the moral concerns and puzzles that are involved in understanding the status of children and the role of parents in pediatric decision-making by reference to the status and authority of the family.

# CONSENTIMENTO INFORMADO

RUI NUNES<sup>1</sup>

O direito à liberdade de autodeterminação enquadra-se num contexto plural onde os médicos e os doentes se encontram, frequentemente, com diferentes mundividências. De facto, a sociedade plural caracteriza-se pelo reconhecimento de que as pessoas se interrelacionam como verdadeiros "estranhos morais". O marco axiológico fundamental é, então, a inexistência de uma visão única do bem comum e, mesmo, do bem individual.

Recorde-se que, na sociedade plural, os cidadãos são mais críticos e exigentes não aceitando a imposição coerciva de nenhuma ortodoxia de pensamento. Os próprios conceitos de ética e de moral, bem como a sua fundamentação, não estão isentos de controvérsia. Talvez por isso seja premente a obtenção de um consenso sobre princípios éticos universais. A elaboração, pelo Conselho da Europa, da Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina (1997) e, pela UNESCO, da Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem (2005) pretendeu dar resposta à necessidade sentida de se encontrar um mínimo ético à escala global. E assim, proteger de forma efectiva os direitos dos doentes.

O conceito de autonomia refere-se, então, à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se auto-realizar. Em consequência, no plano da relação clínica com o doente, todas as intervenções carecem de consentimento informado, livre e esclarecido sendo esta condição considerada hoje um imperativo de ética profissional. Assim, o médico, e os outros profissionais de saúde, têm o dever de informar em linguagem acessível os factos que são relevantes para o doente decidir em plena consciência. Obviamente, exige-se a prudência necessária para informar e, sobretudo, esclarecer o paciente, de modo a que a informação transmitida seja apreendida com calma e serenidade. Quanto maior o risco da intervenção, maior a importância da obtenção de um consentimento válido e actual. Apenas em circunstâncias excepcionais pode o profissional de saúde invocar o "privilegio terapêutico" para se eximir à responsabilidade de informar e esclarecer. Estas circunstâncias referem-se à existência de elevada probabilidade de dano físico ou mental, e não o mero transtorno emocional dependente da transmissão da verdade factual.

Na realidade, uma sociedade democrática e plural assenta os seus pilares na capacidade dos cidadãos efectuarem escolhas livres no quadro de uma verdadeira cultura de responsabilidade. Todavia, deve ter-se em atenção que a consagração de direitos implica a existência de deveres correlativos. Porém, a correlação entre os direitos e os deveres é talvez uma das principais lacunas existentes na aculturação dos portugueses na era democrática. Os cidadãos tomaram progressivamente consciência dos seus direitos, tal como a liberdade de expressão e de associação, mas não desenvolveram paralelamente um sistema de valores que se identifique com o exercício de uma cidadania responsável. Assim, não é de estranhar que os utentes dos serviços de saúde apenas se sintam portadores de direitos e, do mesmo modo, que os profissionais de saúde não sintam qualquer obrigação de prestar contas da sua actividade (*public accountability*), levando, por vezes, ao limite o princípio da independência profissional.

---

<sup>1</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto. Presidente do 9º Congresso Nacional de Bioética.

Porém, se qualquer cidadão tem o direito a ser informado e esclarecido sobre a doença pode, igualmente, configurar-se um direito a não ser informado sobre a sua saúde. Isto é, o exercício da autonomia pode contemplar derrogações à doutrina do consentimento expresso, se for essa a vontade real do paciente. O desejo de não conhecer a informação genética pessoal é um exemplo paradigmático deste "direito a não saber". Ou seja, existem circunstâncias em que o profissional de saúde deve abster-se de informar o doente, se este for o seu desejo expresso. O excesso de informação ou a informação não desejada podem ser claramente prejudiciais para o doente, pelo que frequentemente é à família que os profissionais de saúde comunicam a informação. Note-se que deste modo está-se a respeitar o direito à autodeterminação pessoal.

Enquadra-se, ainda, no princípio da autonomia o respeito que merece a vontade previamente expressa do doente. Designadamente aquela que é veiculada pelos familiares ou mesmo a que está plasmada em directivas antecipadas de vontade, sendo uma prática corrente em muitos países ocidentais. O "testamento vital" é o exemplo paradigmático desde consentimento prospetivo. Note-se que a Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina no seu Artigo 9.0 refere que "a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta".

No nosso ambiente cultural não prevalece ainda a tradição de respeito pela vontade manifestada desta forma. Desde logo, porque existe a percepção de que não há verdadeira consistência na vontade individual, o que origina a noção de que a decisão de hoje pode não ser a de amanhã. Sobretudo os médicos têm alguma relutância em respeitar a vontade anteriormente manifestada - nomeadamente na forma escrita - porque esta vontade pode questionar o melhor interesse do doente, bem como ser de discutível validade.

Porém, não restam dúvidas, de que em Portugal, como noutros países ocidentais, esta trajetória é inevitável, dado tratar-se de uma importante conquista civilizacional. Pelo que também a deontologia médica deve considerar o consentimento informado como um dos pilares essenciais da medicina do século XXI.

# OS SUPERIORES INTERESSES DA CRIANÇA

JOÃO GOMES-PEDRO<sup>1</sup>

A criança passou pela história quase até ao séc. XX sem nunca ter visto ser reconhecida a sua natureza e as suas necessidades irredutíveis, designadamente a de ter direito a direitos fundamentais.

A conquista de uma certa visibilidade para a infância, foi uma penosa caminhada da existência humana.

A história do destino humano é, uma história de interesses que não, de facto, os da Criança.

Chegados aos primórdios do séc. XX irrompem, então, as primeiras expressões do denominado interesse pela criança.

Em termos sociológicos, poder-se-á dizer que é a partir do séc. XIX e, consolidadamente, a partir do séc. XX que os poderes públicos passam a considerar alguns dos interesses das crianças, principalmente reportados às suas necessidades especiais, garantidas quando da evidência de qualquer vulnerabilidade e desamparo.

Em 1948 é proclamada a Declaração Universal dos Direitos do Homem onde se assume que a Maternidade e a Infância têm direito a uma ajuda e a uma assistência especial (Artº. 25º. 2).

Mas é a 20 de Novembro de 1987 que a Assembleia Geral das Nações Unidas adapta e aprova a Convenção dos Direitos da Criança que, direi, é uma efectiva proclamação dos Interesses Superiores da Criança que fazem parte do seu texto em muitos dos seus 54 artigos, definitivamente consagrados em 1989.

O «interesse superior» significa que a criança é sujeito de direito prevalecendo assim os seus direitos sobre todos e quaisquer outros.

O interesse superior da criança passou a ser uma «consideração primordial» que fez transcender os próprios direitos parentais e, porventura, até os valores culturais de cada sociedade em função do primado da protecção e do desenvolvimento da criança.

---

<sup>1</sup> 1 Professor Catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa.

A Convenção dos Direitos da Criança é a grande proclamação ética centrada na Criança.

Os governos dispõem, hoje, através da Convenção de uma Carta de Princípios que os obriga a privilegiar a Criança no seu existir pleno prevenindo as provações, as negligências, a violência.

Toda a circunstância da criança, designadamente a familiar, tem de ser inspirada por este Direito à criança que pressupõe o primado da sua dignidade e o interesse superior de a respeitar .

Se a Sociedade actual, na nossa cultura, reconhecesse que a prioridade social era a criança tendo em conta os seus interesses superiores e se neste contexto estivesse garantido o pressuposto que o interesse superior da criança é o de ser respeitada e amada, fundamentalmente dentro da sua família, então todo o pensamento político inspirador da actividade dos governos seria o de viabilizar uma cultura familiar-cêntrica com inequívocos investimentos na construção familiar e na relação vinculadora desde os primeiros tempos de vida.

Vinte anos depois, todavia, a Convenção dos Direitos da Criança ainda não chegou à Cultura do nosso tempo social e moral.

O interesse superior da criança não pode ser, tão só, uma sentença que a Convenção dos Direitos da Criança proporcionou, como receita, aos tribunais.

Precisamos agora de uma Revolução de praxis para que os interesses superiores da criança não se inquiram com a rotina, com as abstrações e com as sentenças.

# DIAGNÓSTICO GENÉTICO

PURIFICAÇÃO TAVARES<sup>1</sup>

Os avanços da Genética têm mostrado a capacidade de intervenção da Especialidade de Genética Médica, desde a abordagem clínica individual até à dimensão de saúde pública, promovendo a saúde e a prevenção da doença.

Para base de reflexão, vejamos seguidamente alguns elementos. Os testes genéticos a utilizar dividem-se em 3 tipos fundamentais: testes de diagnóstico (identificação de doenças em indivíduos sintomáticos); testes pré-sintomáticos (testes em indivíduos saudáveis com valor preditivo); testes de susceptibilidade ou predisposição (testes efectuados para obter informação sobre o risco para doenças comuns, como as cardiovasculares); e testes de rastreio (testes simples com valor de risco, importantes a nível populacional). Para qualquer deles é indispensável o consentimento informado do indivíduo testado.

Para a utilização de qualquer teste genético é imprescindível conhecer a sua eficiência: a sua validação analítica (em relação a metodologias), a sua validação clínica (capacidade de um teste detectar a doença proposta) e a sua utilidade clínica (considerar a vantagem ou inutilidade em disponibilizar o teste).

Para além destas, os testes genéticos, de uma forma geral, têm características que os tornam únicos: são idênticos ao longo da vida (do embrião ao idoso); um resultado pode ter significados diferentes conforme o indivíduo testado, dificultando o processo de interpretação ; e apontam riscos para os familiares.

A Genética refere-se ao estudo da hereditariedade, à forma como as características são passadas de uma geração a outra. Actualmente um novo conceito ganha força e expressão, resultado do conhecimento acumulado e dos novos desenvolvimentos tecnológicos: a **Genómica**. O novo conceito de Genómica, descreve não só o estudo dos genes numa pessoa, mas também as interacções entre eles e dos genes como ambiente do indivíduo.

O impacto do conhecimento genético tem efeito na saúde e nos cuidados de saúde, colocando questões específicas e de grande relevância no que concerne ao acesso e uso da informação genética, ao impacto psicológico e estigmatização resultante das diferenças genéticas individuais, na incerteza associada a testes para doenças complexas, em resumo, na aplicação útil dos exames.

Em Portugal, a Lei sobre Testes Genéticos 12/2005 está agora a ser finalmente regulamentada. O Protocolo Adicional sobre Testes Genéticos foi aprovado no passado dia 7 no Conselho de Ministros do Conselho da Euripa <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/TestGen.htm> e no dia 21

---

<sup>1</sup> Purificação Tavares, MD, PhD. Médica Especialista em Genética Médica. Direcção do Colégio Especialidade de Genética Médica OM. Prof. Catedrática Genética Médica FMDUP. Direcção Clínica do Centro Genética Clínica

também deste Maio, foi assinada, nos EUA, a lei Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) (414:1 votos).

Como afetará a Genómica a saúde e a sociedade? O estudo de minorias e o re-escrever da História pela Antropologia Genética? É imprescindível que o avanço rápido da Genética e da Genómica Médicas, com os médicos com Especialidade de Genética Médica, seja acompanhado pela análise sistemática das implicações éticas, legais e sociais das inovações com aplicação clínica.

# OBJECÇÃO DE CONSCIÊNCIA

LEVI GUERRA<sup>1</sup>

A "objecção de consciência" é definida como "a recusa de cumprir uma ordem emanada do poder constituído por motivos de consciência".

"A consciência (António Damásio) não é definível, não se vê nem se ouve, não tem cheiro nem gosto, e em nenhuma das modalidades sensoriais ligadas ao mundo exterior se apresenta de contornos nítidos...a consciência sente-se, e se se sente pode bem ser que seja um sentimento ...e é ela que permite à mente desenvolver as propriedades que tanto admiramos ...mas que não é a essência dessas mesmas propriedades".

Pode perceber-se como, dos filósofos gregos, passando pela emergência do cristianismo e em face do direito romano, a questão da "Objecção da consciência" esteve presente, como foi diferentemente tratada, como ao longo da vida da Igreja foi encarada e o papel recuperador que teve o protestantismo na sua preservação , até ao Concílio Vaticano II.

Há as inevitáveis tensões entre a pessoa e a sociedade, entre " o bem e os direitos da pessoa individual e o bem e os direitos dos grupos em que se insere"...impondo-se encontrar um "meio termo" que "dependerá de muitas circunstâncias pessoais e ambientais"...

A fundamentação para a "objecção de consciência" assenta não só em "opções éticas, mas também religiosas, humanistas, filosóficas, ideológicas, e até políticas". Os fundamentos éticos decorrem da "dignidade da pessoa humana que tem na sua consciência a sua dimensão mais específica". Mas está, naturalmente sujeita a erros, e pode colidir com outras opções também de consciência que merecem o mesmo respeito. Em qualquer caso, importa avaliar a justeza ou não dos motivos invocados, por um lado, e por outro lado, ainda a força e autenticidade das convicções afirmadas e uma objectiva integridade de procedimento.

Claramente que "o respeito da "Objecção de Consciência" não deve prejudicar gravemente terceiros". Também tem de se exigir que a "objecção de consciência “de cada um não seja absolutizada, caso contrário não poderia haver diálogo que é uma condição para que se possa viver em comunidade.

A "objecção de consciência" é legítima nos profissionais da saúde em relação às situações que se tomam comumente como atentatórias da vida humana como o aborto e a eutanásia. Uma posição actual.

---

<sup>1</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

# RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS

GERMANO DE SOUSA<sup>1</sup>

Não há muito tempo o médico era considerado senhor do seu doente e reinava no hospital e na sociedade como demiurgo cujo saber esotérico, entendido por poucos, lhe dava direito à autonomia, ao paternalismo e a ser julgado apenas pelos pares dele. Do seu poder, moderado embora pela ética e regras deontológicas que lhe impunham um total respeito ao doente, dependia a saúde e até a vida de quem a ele recorria. Rodeava-se de alguns auxiliares, usualmente enfermeiras, a quem não reconhecia autonomia (ele e a comunidade) e exercia o seu mester de forma isolada. Era por educação um individualista que só com alguma dificuldade aprendera a fazer equipa com os seus iguais. Um médico do princípio do século passado dizia: "Quando vejo um doente, é como se eu e ele estivéssemos numa ilha deserta". Nada seria mais falso se a repetisse agora. Gradualmente a tecnologia e biotecnologia mais sofisticadas passaram a fazer parte do quotidiano médico e gradualmente outros profissionais, os auxiliares de anteriormente, adquiriram um saber teórico/prático e uma deontologia e autonomia próprias. Naturalmente desenvolveu-se o conceito de medicina de equipa integrando várias profissões da saúde e coordenada por um médico e os não-médicos invadiram o território daquele gerando-se conflitos de ordem corporativa, profissional e ética. O papel dos enfermeiros passou a incluir maior participação no tratamento e avaliação do paciente com aumento da responsabilidade, devendo identificar eventuais equívocos nas suas ordens e adoptando de imediato medidas correctivas. Esse novo papel veio dificultar a relação médico-enfermeiro. Do mesmo modo, interpretações éticas diferentes de situações concretas agudizaram essas dificuldades. O psicólogo, fundamental colaborador do psiquiatra quando integrado na mesma equipa, ao trabalhar autonomamente pode ultrapassar as fronteiras da sua competência. O farmacêutico, irrepreensível nas suas funções hospitalares, estando atento a possíveis erros de prescrição compromete a relação médico-farmacêutico se abusar da sua função ou se o médico não entender a sua importância. O mesmo acontece se o farmacêutico ultrapassa a elucidação sobre medicamentos e faz diagnósticos aviando medicamentos de prescrição obrigatória, sem receita. Estas e outras situações geram conflitos a evitar adoptando-se soluções, compromissos e códigos de conduta comuns que salvaguardem sempre os princípios da beneficência e da autonomia do doente.

A World Medical Association (WMA) deu já o exemplo, promovendo um compromisso comum com a International Pharmaceutical Federation, aprovado em 1999, na 51ª reunião da WMA em Tel Aviv. Por sua vez estas duas organizações e o International Council of Nurses fundaram a World Health Professions Alliance (WHPA) a que se juntou mais tarde a International Dental Federation. Uma dos objectivos principais desta WHPA é promover códigos de conduta que potencializem a relação entre os diversos profissionais tendo sempre como fim último o bem do doente.

---

<sup>1</sup> Ex Bastonário da Ordem dos Médicos.

# CONFLITOS DE INTERESSE EM MEDICINA

JOSÉ PEDRO LOPES NUNES<sup>1</sup>

*Os conflitos de interesse constituem uma temática com grande interesse na Medicina contemporânea, e podem envolver diversos aspectos, incluindo a prescrição médica, a formação pós-graduada, a investigação e a publicação científicas, a regulação do medicamento e a Medicina académica. Nos últimos anos têm sido publicados numerosos trabalhos sobre este tema. Muitos são de cariz teórico e apresentam as visões dos respectivos autores sobre a matéria. Outros, contudo, apresentam dados de natureza empírica (com especial papel para os trabalhos oriundos dos EUA), incluindo interessantes estudos relativos a autores de guidelines, a membros de entidades ligadas a actividades de regulação ou à probabilidade dos resultados de estudos serem favoráveis às intervenções em estudo. Os normativos aplicáveis a esta questão são de âmbito diverso e variam de país para país. Trata-se, em suma, de uma área na qual se joga, para além de outros aspectos, a credibilidade de assistência, ensino e investigação.*

---

<sup>1</sup> Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

# A DEONTOLOGIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

JOAQUIM PINTO MACHADO<sup>1</sup>

A questão da deontologia do estudante de medicina é precedida pela questão ética de ser estudante de Medicina, que é uma ética de responsabilidade para com os futuros doentes, a sociedade, a escola médica, os colegas, os candidatos ao curso de Medicina que não forem admitidos e ao estudante ele mesmo. Estas diversas responsabilidades têm em comum três valores: de competência, de respeito e de serviço.

Estes valores são fundantes da "deontologia do estudante de Medicina", entendida como atitudes e comportamentos deles decorrentes, e como normas que visam o seu cumprimento.

Identificam-se as atitudes e normas deontológicas ao longo do curso de Medicina e as específicas da prática clínica.

Termina-se com breve referência à educação ética e deontológica dos estudantes do curso de Medicina da Universidade do Minho e à responsabilidade eminente e indeclinável das escolas médicas neste domínio.

---

<sup>1</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Fundador do Curso de Medicina da Universidade do Minho.

# DIREITOS DOS IDOSOS

NUNO GRANDE<sup>1</sup>

DEZEMBRO DE 1991, ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS

RESOLUÇÃO 46/91

DAR VIDA AOS ANOS QUE SE JUNTAM À VIDA

## DIREITOS ESPECÍFICOS DOS IDOSOS

Cinco dimensões - autonomia, participação, prestação de cuidados, auto realização e dignidade.

### AUTONOMIA

Independência relativa face às exigências sociais

### PARTICIPAÇÃO

Possibilidade de utilização da sabedoria acumulada com os correspondentes benefícios sociais justos.

### PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Garantia de cuidados de saúde, de cuidados sociais e de cuidados jurídicos.

### AUTO REALIZAÇÃO

Respeito social pelas limitações impostas pelo envelhecimento na realização do projecto de vida pessoal.

### DIGNIDADE

Reconhecimento da individualidade, respeito pela história de vida, pelas memórias, pelas crenças e pelos sonhos que acalenta.

Um dos mais importantes vectores dos direitos dos idosos, é o que se inscreve na possibilidade de o ser, isto é, no direito a preparar esta fase da vida de forma digna e sem sobressaltos.

---

<sup>1</sup> Professor Catedrático do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

COMUNICAÇÕES  
LIVRES

# A ÉTICA DA RESPONSABILIDADE DE HANS JONAS E O ACONSELHAMENTO GENÉTICO (AG)

ANA OLIVEIRA<sup>1</sup>

A medicina preditiva antecipa futuras doenças genéticas e situações ainda desconhecidas para a ética, porém os conceitos fundamentais e os princípios basilares da ética médica deverão ser preservados. O AG trata-se de um processo psicoeducacional dinâmico e relevante como estratégia de ação e instrumento de garantia de direitos e de cidadania, perante os inexoráveis e dilemáticos desafios inerentes ao tema. Contém três componentes, quais sejam: apoio emocional, informação e avaliação de riscos. Dos princípios éticos norteadores do AG destacam-se a Autonomia e o Princípio da Responsabilidade de Hans Jonas. A Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos, no artigo 11 afirma que é imperativo proporcionar adequado AG que deverá ser não-diretivo, culturalmente adaptado e consentâneo com o interesse máximo da pessoa em causa. A Declaração do Genoma e Direitos Humanos da UNESCO (1997) no artigo 6 confirma que toda intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica, só poderá ser realizada mediante obtenção prévia do termo de consentimento livre e informada da pessoa interessada. E com direito de não-saber, caso assim decida. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo XII, explicita o direito a não-interferência na vida privada, pessoal ou familiar. Representa um desvio ético, a excessiva ênfase no caráter eugênico e a transformação em um processo coercitivo, culpabilizante e gerador de sofrimento.

Considerando que a relação profissional-paciente será sempre marcada pela assimetria de poder e de informação vale a pena situar o sentido mais rico de autonomia, ou seja a noção de liberdade negativa - livre de coerção e de liberdade positiva - livre para atuar. Deduz-se que não basta impedir a liberdade, mas oferecer condições, apoio e proteção para a real emancipação social e política.

Hans Jonas (1903-1993), filósofo alemão, foi discípulo de Martin Heidegger e se dedicou a busca pelas bases de uma nova ética, uma ética da responsabilidade. Inspirado pelo massacre causado pela bomba atômica, Jonas propõe que a alcance das prescrições éticas não se reduza ao âmbito do aqui e do agora nas relações com o próximo. Em substituição ao imperativo categórico de Kant, Jonas propõe um novo imperativo: Age de tal maneira que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica, ou, não ponhas em perigo a continuidade indefinida da humanidade na Terra. O exercício do poder sem a observância do dever é uma forma de irresponsabilidade. No caso do AG, a ética da responsabilidade e o imperativo categórico de Kant fornecerão o modelo ético para a informação e avaliação de risco. Terá assim como referenciais determinantes e limitantes para a ação, o escrupuloso equilíbrio entre a prática do poder e a observância do dever.

A geração hodierna de ciência e tecnologia no âmbito de genética humana e animal é fruto de um manancial inesgotável de conhecimento, e de maneira proporcional e temporal, o homem deveria incrementar sua responsabilidade como tutor de todas as formas de vida. É preciso atentar para os ensinamentos de Hans Jonas e se inspirar nos desastrosos acontecimentos registrados em decorrência do "progresso da ciência", ao longo da história da humanidade, contados em versos e prosas.

---

<sup>1</sup> 1 Professora Assistente da Universidade Federal de Goiás e Doutoranda em Bioética pela Universidade do Porto-Portugal.

## CESARIANA A PEDIDO

ANA SILVA<sup>1</sup>; ALMERINDA SILVA<sup>1</sup>; CARLA SILVA<sup>1</sup>; MARTA ROCHA<sup>1</sup>

Numa sociedade plural e democrática como a nossa em que por exemplo já é permitido á mulher fazer a interrupção voluntária da gravidez, obviamente nos parâmetros definidos no decreto lei que a regulamenta, não nos parece que tenha muita lógica não proporcionar também á mulher grávida o direito de optar pela via de parto, após devidamente informada e esclarecida dos ganhos e perdas dessa mesma opção. De facto, a afirmação do direito à liberdade de autodeterminação é hoje inquestionável, ainda que não se apresenta como um direito ilimitado, facto este , expresso por exemplo na recente alteração ao regime jurídico da interrupção voluntária da gravidez como já referimos no m1c10.

A questão que reflectimos prende-se com o direito da mulher/casal escolher de forma livre e esclarecida a via de parto. Na verdade, o estado actual ciência esclarece as indicações médicas (maternas e fetais) para as diferentes vias de parto, sendo inclusivamente recomendada pela OMS que a taxa de cesarianas esteja próxima dos 15%. Ainda assim entendemos que a mãe/casal sejam partes integrantes no processo de decisão, devidamente esclarecidos/informados e acompanhados por profissionais peritos na matéria, o que lhes permitirá optar pela via de parto que mais se adequa a esse caso, no sentido do melhor bem dos sujeitos (mãe e filho).

Acreditámos, tal como a Associação de Bioética que é fundamental tentar reduzir as disparidades entre o sector público e privado no que se refere às taxas de cesarianas realizadas num sector e noutro, dando as mesmas possibilidades de escolha á grávida/casal, por uma questão de justiça social.

---

<sup>1</sup> Enfermeiras. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

# ASPECTOS ÉTICOS E PSICOLÓGICOS DO ABORTAMENTO NO CASAL

CATARINA CANÁRIO<sup>1</sup>

O estudo de investigação “Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal”, desenvolvido no âmbito de uma dissertação de mestrado em Bioética, tem como objectivo avaliar o impacto do abortamento nos dois elementos do casal, do ponto de vista da evidência de psicopatologia e/ou sintomatologia traumática no período de um e seis meses após o evento. Ao mesmo tempo, pretende estudar, do ponto de vista da ética, o abortamento nas suas diferentes formas, assim como as suas implicações legais.

Realizado no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de S. João, este estudo contou, na sua primeira fase, com a participação de 50 mulheres e 15 homens. O recrutamento dos participantes foi feito através da consulta do primeiro trimestre, onde se realiza a interrupção voluntária da gravidez, e ainda do internamento do serviço, onde foi possível aceder aos casos de abortamento espontâneo e interrupções médica da gravidez, nomeadamente os casos de abortamentos terapêuticos e eugénicos.

O procedimento implicava o contacto inicial, onde eram esclarecidos os propósitos do estudo e averiguada a disponibilidade das mulheres e dos respectivos cônjuges/companheiros para participar. Uma vez prestado o consentimento livre, informado e esclarecido, eram aplicados o questionário sócio-demográfico, o BSI - *Brief Symptom Inventory* (aferido para a população portuguesa por Canavarro em 1999), a IES r - *Impact of Event Scale Revised* (adaptado para a população portuguesa por Rocha em 2006) e o RQ - *Relationship Short Questionnaire* (Bárbara Figueiredo & TRI, 2003).

A segunda fase da investigação, que decorrerá seis meses após o evento, visa identificar sintomatologia de índole psicopatológica referente ao evento, assim como verificar a existência da síndrome pós-aborto, uma das repercussões que o abortamento assumir na saúde mental da mulher e/ou do seu companheiro.

---

<sup>1</sup> Aluna do Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

# DEONTOLOGIA: TESTES GENÉTICOS PREDITIVOS E CONTRATO DE TRABALHO

FILIPA BENTO

Os conhecimentos que temos vindo a adquirir no domínio da análise do genoma humano permitem hoje não só diagnosticar correctamente um número cada vez maior de doenças genéticas, mas também detectar a presença de doenças hereditárias que se poderão, ou não, manifestar mais tarde na vida de um indivíduo são.

A chamada medicina preditiva, predizente ou de predição funda-se, assim, na possibilidade de se poder prever em indivíduos actualmente são o aparecimento de determinadas doenças, mesmo antes dos respectivos sintomas se manifestarem .

Este conhecimento decorre da realização de testes genéticos preditivos, que permitem aceder ao conhecimento do património genético da pessoa em que são efectuados.

O teste genético preditivo traduz-se sempre na realização de um conjunto de actos médicos de diagnóstico e, deste modo, encontram-se sujeitos às normas legais e deontológicas que regulam a boa prática clínica.

O médico que realiza um teste genético preditivo encontra-se sempre perante questões deontológicas importantes, como a do consentimento para a realização deste tipo de testes, a da prestação de informação sobre o diagnóstico, o prognóstico e as terapêuticas possíveis.

Dentro da panóplia de questões que podem assaltar o médico na realização de um teste genético preditivo, procurámos dar mais ênfase à questão da revelação da informação a terceiros.

Debruçar-nos-emos sobre as questões éticas e legais que se podem suscitar pelo uso dos resultados do teste genético preditivo pela entidade laboral, mais concretamente, na questão de saber se é legítimo, ou não, o acesso a dados genéticos do trabalhador pelo empregador como condição prévia para o contrato de trabalho.

# PRIVACIDADE DA MENTE: "*BRAIN FINGERPRINTING*" - APLICABILIDADE E LIMITES

INÊS GOMES<sup>1</sup>

As neurociências encontram-se em franca expansão e os avanços científicos na área da cognição levantam problemas éticos pelos riscos inerentes ao seu uso. A Neuroética preocupa-se com os limites aceitáveis das novas tecnologias no acesso ao sistema nervoso - pensamentos, atenção e memória. Face a esta problemática, nomeadamente pelo uso dos Potenciais Evocados Cognitivos (*Brain Fingerprinting*) testamos a fiabilidade do método.

Avaliamos a utilização do *Brain Fingerprinting* como "detector de culpa" em 20 indivíduos (excluídos 5) divididos num grupo controlo (n=8) e experimental (n=7 participantes num furto simulado), em duas experiências com estímulos visuais: experiência 1 com palavras e experiência 2 com imagens.

Na análise visual individual verificou-se maior eficácia das imagens na detecção correcta dos indivíduos (50% vs. 37,5% para inocentes e 28,6% vs. 0% para culpados). Nos culpados as palavras originaram uma percentagem elevada de falsos negativos (57,1% vs. 28,6% com imagens), salientando-se uma baixa taxa de falsos positivos em ambas as experiências. Na análise visual dos grupos as imagens parecem também mais eficazes na detecção correcta de ambos os perfis, enquanto as palavras só identificam correctamente os inocentes. Da análise estatística intra e intergrupos obteve-se um "perfil inocente" em ambos os grupos, nas duas experiências. Os nossos melhores resultados só identificaram correctamente 50% dos inocentes e 28,6% dos culpados (com imagens).

Alguns autores consideram o *Brain Fingerprinting* fiável na detecção de criminosos, embora esta técnica não reúna consenso na comunidade científica, sendo muito criticada por outros autores. O nosso pensamento e a sua estreita relação com a memória constituem o substrato do ser humano na sua individualidade. As novas tecnologias fazem esbater a noção de dignidade, privacidade e autonomia pela intromissão na própria mente, pondo em causa o direito inalienável à liberdade de acção e pensamento, inerente à espécie humana.

---

<sup>1</sup> Técnica de Neurofisiologia, Mestre em Bioética.

# NEUROCIÊNCIA, MEDICINA E TRANSHUMANISMO

JOÃO FONSECA<sup>1</sup>; CONCEIÇÃO GOMES<sup>2</sup>

A neurociência e a neurotecnologia são áreas de investigação extremamente promissoras e que nos projectam num optimismo crescente face à compreensão do cérebro e da mente. Esse optimismo crescente, por sua vez, conduz-nos à possibilidade de redesenhar a natureza humana e de a tornarmos mais perfeita e acabada. A distância que existe entre o uso de próteses neuromotoras e a existência de seres humanos aperfeiçoados ou cyborgs não é tão intransponível como se pode pensar.

Como analisaremos, esta nova faceta do aperfeiçoamento humano conduz-nos a uma vertigem ética semelhante à que sucedeu com o aparecimento da genética.

Perante essa vertigem, a medicina terá que repensar o seu papel perante a distinção tratamento / aperfeiçoamento. Como se deve situar a medicina perante a ideologia transhumanista e a sedução de um paraíso na terra? Teremos boas razões para aperfeiçoar as nossas capacidades motoras, cognitivas e emocionais? Até onde deve ir o poder da autonomia individual?

A resposta a estas questões só será possível com uma grande dose de pensamento crítico e sabedoria moral.

---

<sup>1</sup> Professor de Filosofia e Mestre em Ciências Cognitivas.

<sup>2</sup> Psicóloga e Mestre em Psicologia da Família.

# DECISÕES DE NÃO REANIMAR: CONTRIBUTOS DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PARA A DECISÃO ÉTICA

JOSÉ MARTINS<sup>1</sup>; RUI NUNES<sup>2</sup>

As tentativas para contrariar a maior certeza da vida, que é ter de morrer um dia, perdem-se no tempo e a evolução científica e tecnológica das últimas décadas veio permitir que, na actualidade, este desejo ancestral se possa concretizar em inúmeras situações. Tem-se mesmo vindo a criar na sociedade um sentimento de que, hoje, nada é impossível à medicina e aos profissionais de saúde.

Mas a verdade é que as tentativas de reanimar são inapropriadas em inúmeras situações, podendo mesmo ser uma forma de agressão contra a pessoa e de desrespeito pela sua dignidade. Os vários estudos demonstram que a larga maioria das pessoas não recuperam a circulação espontânea após uma paragem cardíaco-respiratória. Existem estudos a demonstrar também que uma parte significativa dos que recuperam ficam com déficits neurológicos significativos, estando a maioria destes casos associados a tentativas intempestivas ou menos reflectidas de reanimar.

Sendo o tempo escasso quando alguém entra em paragem cardio-respiratória, será desejável que, antecipadamente, a reflexão aconteça no seio da equipa de saúde e entre esta e o doente e família, de forma a que, dessa reflexão, saiam directrizes no sentido de não serem implementadas manobras de reanimação em algumas situações de doença terminal ou quando tal não vai ao encontro da vontade do doente.

A presente comunicação tem assim como objectivo central reflectir sobre a temática e trazer à discussão aquilo que é já uma realidade corrente em inúmeros países desenvolvidos.

Para preparar a comunicação foi feita uma revisão atenta da bibliografia actual sobre o assunto, após pesquisa nas bases de dados portuguesa Index RMP e internacionais Medline (PubMed) e Cinahl Plus.

Começaremos por apresentar a problemática e o referencial ético de análise para de seguida apresentarmos alguma evidência científica sobre as decisões de não reanimar que permitam a discussão sobre a temática.

---

<sup>1</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pós-Graduado em Urgências/Emergências; Mestre em Bioética; Doutorando em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<sup>2</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

## BIBLIOGRAFIA

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. - *Principles of biomedical ethics*. 5ª Ed. New York: Oxford University Press, 2001

DOBBINS, Elizabeth H. - End-of-life decisions: Influence of patient directives on patient care. *Journal of Gerontological Nursing*. (Outubro, 2007), p. 50-56

ILCOR - Guidelines for resuscitation 2005. *Resuscitation*. Nº 67, Sup 1 (2005)

MARTINS, José Carlos A. - A autonomia do doente em contexto de urgência/emergência. *Revista Portuguesa de Bioética*. Coimbra. Ano XVIII, nº 2 (Setembro, 2007), p. 195-206

MELO, Helena; NUNES, Rui (relatores) - *Directivas antecipadas de vontade*. Parecer P/05/APB/06. Associação Portuguesa de Bioética (2006). Texto disponível online a partir de: <http://www.apbioetica.org>

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE - *Advance directives: protecting patient's rights*. Texto disponível online a partir de: <http://www.guideline.gov>

# DEONTOLOGIA E RESPONSABILIDADE MÉDICA

JOSÉ GONÇALVES

A actualidade do tema da Responsabilidade Médica releva em muito para a opção de elaborar uma comunicação sobre este assunto. Cedo se verifica que o accionamento dos vários tipos de responsabilidade acabam sempre por se firmar em violações dos princípios deontológicos desta que é a mais bela das artes. São estes pressupostos gerais de accionamento dos vários tipos de responsabilidade que iremos analisar.

Começando pela Responsabilidade Civil, será diferenciada a Responsabilidade Contratual da Extracontratual que, por si, implicará uma explicação do papel do Estado enquanto empregador no âmbito da administração pública.

No que consta à Responsabilidade Disciplinar releva antes de mais separá-la do sentido económico que pauta toda a obrigação de indemnizar da Responsabilidade Civil, justificando assim a aplicação de sanções de índole punitiva. Há dois momentos no que se refere a este tipo de punição sendo eles a violação de deveres ético-profissionais, ou seja, da própria deontologia da profissão e, por outro lado, a violação de deveres puramente profissionais na relação trabalhador/empregador.

Em ordem crescente de gravidade encontramos, por fim, a Responsabilidade Penal como sanção às infracções mais graves aos deveres da actividade médica. Serão analisados os seus pressupostos e as suas causas de justificação ou exculpação.

Certo é que se tentará esboçar um panorama jurídico para o problema da equipa e assistência médica no âmbito do problema da Responsabilidade Médica.

Será ainda dirigida a atenção para a relevância do Erro Médico para aferição dos vários tipos de Responsabilidade.

Esta comunicação é um ponto de partida e não um tratado científico sobre os diversos problemas que o corrente assunto levanta. É, assim, maior objectivo o lançamento da discussão do que o seu encerramento.

# NADA A OPOR DO PONTO DE VISTA ÉTICO

LUÍSA BERNARDO<sup>1\*</sup>; PAULO MAIA<sup>1</sup>; LUÍS VALE<sup>1</sup>; CÁRMEN ALVES<sup>2</sup>, PAULINA AGUIAR<sup>3</sup>; MARIA JORGE<sup>4</sup>; JORGE SILVA<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

Haverá um certo tom inquisitorial nesta formulação que aparecia na conclusão dos pareceres das Comissões de Ética para a Saúde (CES). Ela denuncia um tipo de relação entre ética, investigação e prática clínicas, onde o ético aparece como um poder que vigia o trabalho do profissional de saúde que, ficaria assim, sob permanente suspeita, na sua conformidade a uma procura do bem do outro. A resultante aceitação de que há uma real divisão de trabalho entre os que se esforçam por realizar a sua actividade profissional com rigor e os que se limitam a filtrá-la a partir dos seus pontos de vista éticos, falseia, completamente, o lugar da ética no mundo da saúde, porque ela é um apelo que a todos se impõe. A única razão porque remetemos para "os da ética, a apreciação dos nossos actos enquanto profissionais de saúde, deriva, apenas, do facto de neles se inscreverem dificuldades éticas específicas que ultrapassam a capacidade de as apercebermos a partir da nossa literacia ética tradicional. Faz assim sentido vir esta CES dar conta pública da parte que tem vindo a assumir nesse esforço, afinal, comum.

## MATERIAL E MÉTODOS

Actividade desenvolvida durante 2 anos.

## RESULTADOS

Efectuou formações sobre "Aspectos éticos da vivência hospitalar" (7) para integração de 219 profissionais e "Direitos e deveres do utente; dignidade, privacidade e confidencialidade; ética profissional e humanização" (10) para 620 profissionais. Elaborou documentos sobre: privacidade e confidencialidade na instituição (5); acessibilidade a cuidados de saúde (2); procedimentos institucionais (6) e interinstitucionais (2). Organizou o colóquio "Modernização e novos desafios éticos - Digitalização da Informação de Saúde". Dirigiu a implementação do procedimento sobre Decisão de Não Reanimar (15 acções de formação). Realizou 34 reuniões plenárias e 4 extraordinárias; avaliou 251 projectos de investigação (163 aprovados), 1030 acontecimentos adversos e 6 pedidos de utilização de medicamentos em indicações não previstas.

## CONCLUSÃO

A esta luz, as CES podem configurar-se como parceiras desejáveis no nosso objectivo pessoal de uma actuação boa.

---

<sup>1</sup> Médico, \*Presidente

<sup>2</sup> Enfermeira

<sup>3</sup> Farmacêutica

<sup>4</sup> Filósofa

<sup>5</sup> Advogado

Comissão de Ética para a Saúde, Hospital S. António -Centro Hospitalar do Porto

# OS (NÃO-)DITOS NO TRATAMENTO MÉDICO DE UTENTES NÃO-HETEROSSEXUAIS

NUNO CARNEIRO<sup>1</sup>

Partindo de uma perspectiva bio-psico-sócio-política de afirmação das vivências nãoheteronormativas, esta comunicação pretende sintetizar alguns princípios fundamentais de uma ética genuinamente plural na relação médico-utente. A expressão de um suporte terapêutico não discriminatório ou, pelo contrário, a impossibilidade desta expressão têm sido, respectivamente, salientadas pela investigação psicológica como promotoras do bem-estar de pessoas não-heterossexuais no contexto da saúde e como comprometedoras deste bem-estar, frequentemente conduzindo à recusa de tratamento, com elevados custos para os utentes, para os profissionais da saúde e para a satisfação com os serviços médicos. O que, pelo desconhecimento e/ou pelo desconforto face à integração da "diferença sexual", tanto médicos como utentes *dizem* e/ou *não dizem* sobre o enquadramento global da saúde e da doença de pessoas não-heterossexuais são aspectos que merecem acurada atenção ao abrigo de uma deontologia teórica e prática e, portanto, com pertinência para os propósitos deste congresso.

A revisão sistematizada de resultados de investigações sobre estas matérias tentará ainda sugerir pistas para a melhoria da relação e da adesão terapêuticas e, com isto, para a activa contribuição dos profissionais de saúde no garante de uma cidadania plena, alicerçada no respeito pelas especificidades da "diferença sexual", ao mesmo tempo que suportada pela procura de oportunidades igualitárias de prevenção da doença e de promoção da saúde.

---

<sup>1</sup> Doutor em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - U. Porto. Membro

# DECISÃO DE NÃO REANIMAR: PROCEDIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

PAULO MAIA<sup>1</sup>, LUISA BERNARDO<sup>1\*</sup>, LUIS VALE<sup>1</sup>, CÁRMEN ALVES<sup>2</sup>, PAULINA AGUIAR<sup>3</sup>, MARIA JORGE<sup>4</sup>, JORGE SILVA<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é um tratamento com benefícios e indicações específicos e relativamente ao qual nunca houve intenção de utilizar em todos os doentes que morrem nos hospitais a decisão de não reanimar (DNR) é uma decisão de limitação terapêutica (LT) intra-hospitalar aplicável nos casos em que a RCP não está indicada. O pressuposto subjacente à implementação institucional de DNR é a garantia da disponibilização de RCP em tempo útil. A iniciativa desta decisão compete ao médico assistente ou ao doente, evitando-se que outros elementos possam tomar essa decisão no momento menos oportuno - o da paragem cardiopulmonar (PCR). O âmbito de aplicação é limitado formalmente, protegendo-se o doente de LT inapropriada: a reversibilidade da DNR é garantida sempre que novos dados ou alterações da situação clínica o justifiquem. O alargamento da participação na DNR a outros intervenientes nos casos de conflito de interesse ou dúvidas fundamentadas está previsto. A documentação da DNR é relevante e salvaguarda o doente de atitudes terapêuticas ambíguas; é obrigatório que seja dado conhecimento inequívoco desta DNR a todos os profissionais potencialmente envolvidos no tratamento do doente. A DNR não envolve outra LT, implica a manutenção de outros tratamentos adequados e estabelece que os cuidados serão prestados em todas as fases. As condições para a sua suspensão ou cessação estão definidas.

## MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação do procedimento, a estratégia de implementação incluiu divulgação e formação em reuniões convocadas para o efeito e prestação de esclarecimentos sempre que solicitado, nunca dispensando o médico assistente da responsabilidade da decisão. A monitorização do procedimento é efectuada regularmente.

## RESULTADOS

Divulgação e formação iniciadas em 9-2007, em 15 serviços, com boa adesão dos profissionais.

## CONCLUSÕES

A fase inicial de implementação do procedimento DNR decorreu conforme o plano estabelecido: a adesão dos profissionais permitiu a actualização do procedimento às necessidades identificadas.

Referências. <sup>1</sup>JAMA1992;268:2282-7.

---

<sup>1</sup> Médico (\*Presidente)

<sup>2</sup> Enfermeira

<sup>3</sup> Farmacêutica

<sup>4</sup> Filósofa

<sup>5</sup> Advogado

Comissão de Ética para a Saúde do Hospital S. António - Centro Hospitalar do Porto

# DECISÃO DE NÃO REANIMAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PAULO MAIA<sup>1</sup>; RITA PIMENTEL<sup>2</sup>; MIGUEL TAVARES; ANÍBAL MARINHO<sup>1</sup>; ÁLVARO SILVA<sup>1</sup>; FERNANDO RUA<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade dos cuidados de fim de vida pode possibilitar uma morte menos tecnológica e mais digna; para tal é necessária uma discussão clara sobre prognóstico e opções de limitação terapêutica (LT), evitando-se obstinação terapêutica e criando condições de verdade e transparência que respeitem o doente e o protejam dos abusos individuais. No

âmbito da LT, as decisões de não reanimar (DNR), são frequentes, precedem a maioria das mortes nas unidades de cuidados intensivos (UCI), sendo motivadas por variadas razões 1

## MÉTODOS

Estudo prospectivo (8 meses) dos doentes com LT: dados demográficos, razões para DNR, condições facilitadoras do fortalecimento das relações familiares e da comunicação com o doente moribundo.

## RESULTADOS

Estudámos 31 doentes com LT (resultados apresentados como média±DP): 25 falecidos (FLT)-idade 61±13 e 6 sobreviventes à UCI (SLT)-idade 73±6. A sobrevivência à UCI (19% dos doentes com LT) foi em média 48 dias (1-84). A LT mais comum foi a DNR (100%). A 1ª decisão de LT na UCI foi tomada na admissão (mediana 8 dias, máximo 70). As razões mais comuns para LT foram falência multiorgânica sem resposta à terapêutica máxima (84%) nos FLT e doença neurológica grave em 66% dos SLT. Outras razões incluíram má qualidade de vida previsível (16%) e doença crónica terminal (13%). Após decisão de LT no doente terminal, a família acompanhou-o até à morte em visita aberta em 39% das situações; em 64% dos casos o doente foi mudado para local com maior privacidade.

## CONCLUSÕES

A DNR é uma LT frequente na UCI, principalmente associada à falência multiorgânica sem resposta à terapêutica e à doença neurológica grave. DNR não é equivalente a morte na UCI nem a abandono. A discussão clara do plano terapêutico com a família, mesmo quando inclui LT, permite criar condições para uma morte mais digna.

REFERÊNCIA. <sup>1</sup>Intensive Care Med 2008;34 :271-7.

---

<sup>1</sup> Serviço Cuidados Intensivos

<sup>2</sup> Serviço Gastrenterologia

Hospital S. António - Centro Hospitalar do Porto

# HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONTRIBUTOS DA DEONTOLOGIA PARA O FORTALECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE OS MÉDICOS-PACIENTES E SUAS FAMÍLIAS

RUI COSTA<sup>1</sup>; DIOGO LAMELA<sup>2</sup>; ELSA SILVA<sup>3</sup>

Com a evolução do Estado-providência e das exigências para a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade, os profissionais de saúde, em especial os médicos, encontram-se num momento de alteração dos seus alvos prioritários de acção, com especial preocupação na melhoria da relação entre médico-paciente.

E comum os profissionais terem de dar resposta a dilemas deontológicos na criação destes novos padrões de relação com os pacientes, as suas família e comunidades. Estes dilemas intensificam-se quando os pacientes estão (in)formalmente dependentes de familiares ou instituições ou apresentam declínios biológicos, fisiológicos, neurocognitivos e psicossociais.

A investigação mais recente demonstra que os processos psicológicos e a qualidade da empatia demonstrada pelos médicos são elementos-chave para a recuperação e para a optimização da condição de saúde dos utentes. Dessa forma, os princípios da deontologia médica devem reflectir esta nova perspectiva para a humanização dos cuidados, uma vez que esta humanização não é atingida unicamente com a melhoria de procedimentos burocráticos e com o apetrechamento tecnológico dos serviços, mas sim através da aposta real na transformação da postura médica sobre o paciente, as suas limitações e competências que promovem a sua recuperação.

É necessário reflectir sobre como assegurar uma relação horizontal médico-paciente, em que o paciente se torna co-responsável pelo planeamento da sua recuperação, não secundarizando, porém, os actos médicos essenciais para restabelecimento da condição de saúde dos utentes. Consequentemente, torna-se necessário reflectir e estabelecer novas e inovadoras orientações deontológicas nos cuidados de saúde.

A presente comunicação visa iniciar uma reflexão sobre a efectiva humanização, considerando a relação profissional-paciente /famílias como pedra angular das respostas aos novos desafios com que se deparam os serviços de saúde. Algumas reflexões serão apresentadas sobre como balancear as necessidades de intervenção e as considerações éticas que fundamentam as acções de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais de saúde com a comunidade.

---

<sup>1</sup> Universidade do Minho, Braga, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade do Minho, Braga, Portugal. Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.

<sup>3</sup> Hospital S. João, Po1to, Portugal.

# A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA AGENDA DE SAÚDE PÚBLICA

SARA SOUZA<sup>1</sup>

O *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2004* revelou que, em 21 países estudados, o quinto da população maior renda recebia cerca de 25% do gasto governamental em serviços de saúde, comparado com 15% desse gasto para o quinto de menor renda.

A edição 2007 Saúde nas Américas/OPAS revela a crescente desigualdade e as consequências para a saúde das populações. Entretanto, muitos países estabeleceram Políticas Nacionais de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica como essencial aos programas de saúde. Por exemplo, no Brasil a PORTARIA GM 3.237, DEZEMBRO/2007, "Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde".

Diferente da "Assistência Médica" e além de entender o farmacêutico como quem provê medicamentos e orienta o tratamento dos pacientes, a "Assistência Farmacêutica" é campo multidisciplinar onde também participam médicos, enfermeiros e outros profissionais.

O papel da farmácia e do farmacêutico é fundamental ao aconselhamento dos utentes, informação e promoção dos cuidados de saúde, e apoio à intervenção dirigida aos doentes crónicos, através de programas de cuidados e da Atenção Farmacêutica.

Assistência Farmacêutica: "Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população".

É assim, um instrumento ético de justiça distributiva, beneficência e equidade.

---

<sup>1</sup> Farmacêutica Bioquímica – Especialista em Bioética pela FMUP – VII Curso de Mestrado

# O FENÓMENO UNIVERSALIZADO DA DEONTOLOGIA MÉDICA

SOFIA NUNES<sup>1</sup>

A Deontologia Médica num universo representado por um período de tempo atrás, era matéria que dizia respeito apenas à profissão médica. Isto significa que este tipo de assuntos se fossem directamente contra a profissão médica e se não estivessem directamente ligados a ela, eram automaticamente excluídos e em determinadas situações não fariam qualquer sentido.

Ela é caracterizada por um conjunto de regras éticas que são constantemente adaptadas ao exercício das profissões de saúde, e onde há garantia do bom exercício profissional.

Na realidade que vivemos hoje, e com os avanços a nível da ciência, da medicina e das profissões que surgiram ao lado dela paralelamente, essas circunstâncias alteraram-se. Assim sendo, a deontologia médica deixa de ser uma preocupação dos médicos, mas começa a ser um assunto que diz respeito a todos os profissionais da saúde inclusive à sociedade em geral, já que existem cada vez mais problemas consequentes destas actividades.

Deste modo, irrompem em muitas profissões da saúde os Códigos de Ética e Deontologia. A partir daí, surge também a necessidade de fomentar os direitos do doente, pois é com ele e para ele que os profissionais de saúde trabalham e se empenham. Desta forma, a Deontologia Médica assume-se como uma harmonia entre a teoria e a prática, onde a teoria diz respeito a todas as reflexões a que a Bioética poderá ajudar a fomentar, e onde a prática é referente a problemas que vão surgindo no próprio dia-a-dia.

É indispensável que continuem a ocorrer as discussões eticamente plurais, e que se continue a completar lacunas a nível das actividades referentes e dos princípios bioéticos alusivos à Deontologia Médica.

---

<sup>1</sup> Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia. Mestre em Bioética.

# EUTANÁSIA

VANESSA COELHO

Falar sobre a morte ou sobre auxílio à morte é incómodo e mesmo repugnante para algumas pessoas . Numa sociedade em que a morte é cada vez mais hospitalar e onde, muitas vezes, as pessoas passam os seus momentos finais em sofrimento e sozinhas, surge-nos a problemática da eutanásia.

A eutanásia, é entendida sob muitas vertentes, mas seja qual for o significado que lhe dermos, é uma questão extremamente controversa que tem dividido a sociedade e os médicos. Interfere com princípios éticos, jurídicos, religiosos e morais e, logicamente, colide com a concepção criada em redor do valor da vida e da dignidade da pessoa humana. É, assim, proibida pelo Código Deontológico Português devido a tudo o que implica.

A este propósito surgem conflitos de valores relativos a saber se há um direito à vida ou sobre a vida, um direito a morrer e ainda, o que é uma morte com dignidade, qual o sentido da vida, qual o valor que o direito à autodeterminação do paciente tem e qual o papel da medicina , se apenas curar ou também, cuidar.

Neste aceso debate não há certos nem errados, não há o bem nem o mal, há apenas a reflexão pessoal que cada um faz de todo o conjunto de prós e contras que estão subjacentes. A morte é um facto natural da vida e tanto médicos como pacientes têm que saber aceitá-la com total responsabilidade e dignidade.



# POSTERES

# FISIOTERAPIA E BIOÉTICA RUMO AO FUTURO!

CARLA MACEDO<sup>1</sup>

A Fisioterapia, profissão recente em Portugal surge por volta da década de 60. Ao fisioterapeuta cabe-lhe "tratar e/ou prevenir perturbações do funcionamento músculo- esquelético, cardio-respiratório e neurológico, actuando igualmente no âmbito da saúde mental. A sua intervenção processa-se numa perspectiva bio-psico-social e tem em vista a obtenção da máxima funcionalidade dos utentes. No seu desempenho com base na avaliação sistemática, planeia, executa programas específicos de intervenção e desenvolve acções no âmbito de promoção e educação para a saúde."

Olhares atentos e mentes despertas observaram problemas éticos na prática diária da Fisioterapia. Assim, foram explanados vários problemas da prática desta profissão, mas os pilares fundamentais da ética têm que estar imperiosamente colocados para a resolução destas situações.

Em Bioética não é possível decidir tendo certeza absoluta, é necessário actuar com prudência, devendo ser tomadas decisões que, podendo ser incertas, são racionais. Para a tomada de decisões, temos quatro princípios idealizados por Beauchamp e Childress - autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, que apesar de não serem absolutos, são orientadores para a reflexão e tomada de decisão.

Aparecem então conflitos de valores quer para o fisioterapeuta, quer para o doente, quer para o seu cuidador/família, quer entre estes e os elementos da equipa de saúde.

Um dos valores é a autonomia. Este princípio, que se opõe totalmente à prática paternalista, confere ao doente/utente competente a capacidade para decidir sobre determinada intervenção terapêutica.

Para o fisioterapeuta, os princípios da beneficência e não-maleficência que se integram no lema hipocrático "bonum facere" e "primum non nocere", respectivamente, salientam a protecção da vida do seu paciente.

O princípio da justiça, um pilar da Bioética, deve imperar no pensamento do fisioterapeuta na resolução dos problemas éticos que se lhe deparam quotidianamente. O fisioterapeuta deve desenvolver esforços tendo em vista a recuperação da saúde, prevenção e/ou reabilitação da doença, reinserção das pessoas, devendo também reflectir sobre distribuir e tratar recursos, nos cuidados de saúde, com equidade.

A resolução dos problemas éticos na fisioterapia deve ser feita à luz de princípios éticos fundamentais

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Aluna do V Mestrado em Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

da ética moderna. Fisioterapia e Bioética juntos rumo ao futuro!

#### BIBLIOGRAFIA

Ministério da Saúde -Dec. Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro.

Campos, C.: Problemas Éticos na Prática Clínica dos Fisioterapeutas. Dissertação de Mestrado em Bioética FMUP. 2005.

Cabral S.J.R.: Temas de Ética. Faculdade de Filosofia de Braga da Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2003 .

Figueiredo A.R.: Consentimento para o Acto Médico. Associação Portuguesa de Bioética, Colectânea Bioética de Hoje -XIII, Gráfica de Coimbra, 2007.

# PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE O ENSINO E APRENDIZAGEM DA BIOÉTICA

BOUÇAS I<sup>1</sup>; FONTE R<sup>2</sup>; PRUDÊNCIO C<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

Importa reflectir sobre o modo de preparar, motivar e envolver os Enfermeiros, no sentido de cumprirem o seu papel de elevado desígnio humanitário, também pela via profissionalizante, durante a sua formação (académica e extra-académica).

Tendo em conta actualidade da temática, até fluindo em direcção ao recente Processo de Bolonha ainda em discussão, o principal objectivo do presente estudo é orientado pela averiguação junto dos estudantes de três dimensões: a) percepção em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem; b) importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem e c) práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura em Enfermagem, de modo a descortinar o contributo do ensino/aprendizagem da Bioética na aquisição de competências em Enfermagem.

## METODOLOGIA

O instrumento usado (questionário de indicadores formativos- QIF) construído *de novo* e validado em trabalhos anteriores foi aplicado aos estudantes do 1º, 2º e 4º anos (n=565) das Escolas Superiores de Enfermagem de S. João e de Imaculada Conceição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos apontam globalmente para uma grande valorização dos princípios orientadores da actividade do profissional de saúde assentando nos cinco pilares da Bioética e na necessidade de estratégias activas de aprendizagem, de formação prática, com discussão de casos concretos, para aquisição de competências e para a excelência do exercício profissional. Adicionalmente, é salientada a necessidade de aprendizagem ao longo da vida de profissionais de saúde em constante formação e aprendizagem contínua.

Foram obtidos resultados distintos por Escola e por anos escolares tendo-se observado uma evolução da opinião dos alunos à medida que se analisaram os resultados do 1º ano ao 4º ano de escolaridade, o que é consistente com o modelo de Dreyfus.

---

<sup>1</sup> Hospital da Prelada, Porto (Portugal).

<sup>2</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) - Instituto Politécnico do Porto (Portugal). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (Portugal).

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (Portugal).

## CONCLUSÕES

A perspectiva dos estudantes sobre a forma como o ensino e a aprendizagem da Enfermagem está organizada aponta para a ideia de que o profissional de saúde na sua actividade se confronta com diversos desafios para os quais deverá recorrer a diferentes saberes sendo assim necessário possuir um *curriculum* rico e tradutor da sedimentação contínua de comportamentos eticamente conscientes e socialmente responsáveis, inculcados desde cedo nos estudantes.

# O FIM DA VIDA EM NEONATOLOGIA: PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS

MELO S<sup>1</sup>; FONTE R<sup>2</sup>; PRUDÊNCIO C<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende contribuir para a discussão das questões subjacentes ao fim da vida em Neonatologia, em particular sob a perspectiva do Enfermeiro. Neste contexto, pretendeu-se analisar quatro dimensões : a) Percepções dos enfermeiros em relação ao Fim da Vida em Neonatologia; b) Percepção dos enfermeiros em relação aos direitos dos recém-nascidos e seus pais e c) Importância atribuída aos princípios da ética em saúde, na prática dos enfermeiros em Neonatologia.

## METODOLOGIA

O instrumento usado (Bicética em Neonatologia - Questionário aos Enfermeiros) construído *de novo* e validado tendo sido posteriormente aplicado a Enfermeiros dos Serviços de Neonatologia e Pediatria a exercer funções no Norte do País (n=111) em diferentes Instituições (Hospital Maria Pia, Hospital Padre Américo, Hospital Pedro Hispano, Hospital Santo António, Hospital de S. João, Hospital de S. Marcos, Hospital de S. Sebastião, Hospital da Senhora da Oliveira, Maternidade Júlio Dinis). Tendo em conta a alta consistência interna obtida (Alpha de Cronbach = 0.75) optou-se pela construção de um item que representasse um valor médio total da escala, somando, para cada um dos indivíduos, os resultados de todos os itens, dividindo-se posteriormente esse valor pelo número total de itens da escala, ao qual convencionou chamar "Valor Ético".

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise descritiva aponta para um elevado grau de concordância dos inquiridos com os itens da escala, dado que vários itens apresentam um valor médio acima dos 5 pontos e o valor médio mais baixo (M = 3,25- q7) se situa acima do ponto médio da escala.

Os resultados obtidos apontam para uma distribuição significativamente distinta relativamente à opinião dos respondentes por dois grupos. Assim, parece existir uma tendência para os inquiridos com mais de 10 anos de profissão (n=63/111) apresentarem uma média de acordo com o valor ético menor, enquanto que os inquiridos com menos de 10 anos de profissão (n=48/111) apresentarem principalmente um nível de concordância superior com o valor éticos apresentado.

## CONCLUSÕES

O elevado nível de concordância obtido e sobretudo as elevadas médias obtidas em particular pelos Enfermeiros mais jovens apontam, para uma eventual adopção de uma atitude "do politicamente correcto" e não de opiniões que correspondam à real percepção dos Enfermeiros inquiridos perante a morte em Neonatologia pelo que na continuação do presente trabalho essa dimensão será avaliada.

---

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Portugal).

<sup>2</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) - Instituto Politécnico do Porto (Portugal). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (Portugal).

<sup>3</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) - Instituto Politécnico do Porto (Portugal).

## MORRER EM CONTEXTO HOSPITALAR

DIANA OLIVEIRA<sup>1</sup>;NORMA BARBOSA<sup>2</sup>;ROSA OLIVEIRA<sup>3</sup>

Numa época em que são desenvolvidos-esforços para que a vida seja vivida em toda a sua plenitude e em que se tenta adiar o momento da morte o mais possível, verificamos um constante debate ético acerca de questões relacionados com o final da vida como, por exemplo, o encarniçamento/obstinação terapêutica, a eutanásia, a distanásia e a suspensão de nutrição/hidratação por via parentérica em utentes terminais.

Actualmente, verificamos uma instrumentalização da vida humana relacionada com os espectaculares avanços das Ciências Biomédicas assistindo-se, conseqüentemente, a um aumento da esperança média de vida, nos países industrializados. Contudo, estes avanços levam a um prolongamento da vida humana, muitas vezes, para além dos limites razoáveis e verificamos que a morte é, cada vez mais, um *tabu* e ocorre, na maioria das vezes, em contexto hospitalar, dissimulada atrás da solidão de uma cortina, em detrimento acolhimento proporcionado pelo ambiente familiar e domiciliário.

Deste modo, cabe a todos nós, Profissionais de Saúde, tentar inverter esta tendência, encarando a morte como parte integrante da vida, desenvolvendo capacidades para tentar conhecer toda a complexidade do ser humano -um ser que está inserido numa sociedade, numa família, com um papel bem definido e único em cada um destes grupos

- e para promover uma morte digna, assegurando o total respeito pela autonomia individual do utente que pode estar expressa, futuramente, num documento denominado Testamento Vital, que constitui uma Directiva Antecipada de Vontade.

---

<sup>1</sup> Artigo escrito por Diana Luísa Martins Oliveira, Maio de 2008. Enfermeira licenciada pela Escola Superior de Enfermagem São João, a frequentar o Mestrado de Evidência e Decisão em Saúde, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>2</sup> Enfermeira licenciada pela Escola Superior de Enfermagem São João, a frequentar o Mestrado de Evidência e Decisão em Saúde, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>3</sup> Licenciada e Mestre em Ensino da Matemática pela Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, a frequentar o Mestrado de Evidência e Decisão em Saúde, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

# **A MULTIDISCIPLINARIDADE NOS CUIDADOS A DOENTES ONCOLÓGICOS: A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO BIOPSISSOCIAL COMO PRIORIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

DIOGO LAMELA<sup>1</sup>; RUI COSTA<sup>2</sup>; PATRÍCIA ARAÚJO<sup>3</sup>; ELSA SILVA<sup>4</sup>

Ao longo das últimas décadas, a formação médica reconhece os princípios do modelo Biopsicossocial de Engel (1977) como alicerces da prática profissional. Na sua definição de Saúde, a Organização Mundial de Saúde sustenta que os profissionais desta área, em especial a classe médica, devem encarar a recuperação em saúde não meramente como ausência de doença, mas sim potencializando o desenvolvimento óptimo da pessoa, em que o restabelecimento da condição de saúde é conceptualizado como o resultado da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, os médicos devem ser consequentes com esta postulação e reconhecerem a importância de uma cooperação com outros profissionais de saúde, tais como psicólogos e técnicos de acção social. Estudos demonstram que os pacientes oncológicos que são acompanhados por equipas multidisciplinares apresentam melhores índices de recuperação e de sentimentos de bem-estar em comparação com pacientes que são acompanhados em serviços em que o tratamento se focaliza exclusivamente nas dimensões biológicas da doença.

A presente comunicação tem como finalidade reflectir, ponderar e apresentar propostas de operacionalização de um modelo biopsicossocial, centrado no respeito e na convergência dos saberes científicos e técnicos de todos os intervenientes da saúde no acompanhamento a doentes oncológicos.

Considerando a evolução dos índices de qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade, é imperativo a reflexão sobre como potenciar os recursos humanos altamente especializados da Saúde em Portugal. A nosso ver, esta potenciação será mais amplamente conseguida se os técnicos, em especial os médicos, aperfeiçoarem formas de trabalho efectivo em equipas multidisciplinares, factor essencial no postulado biopsicossocial. Assim sendo, torna-se crucial a existência de uma conduta deontológica que suporte esta nova relação entre os vários profissionais da saúde.

---

<sup>1</sup> Universidade do Minho, Braga, Portugal. Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade do Minho, Braga, Portugal.

<sup>3</sup> Universidade do Minho, Braga, Portugal.

<sup>4</sup> Hospital S. João, Porto, Portugal.

# SATISFAÇÃO DOS DOENTES ONCOLÓGICOS COM OS CUIDADOS RECEBIDOS DURANTE O INTERNAMENTO

JOSÉ MARTINS<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

A satisfação dos doentes com os cuidados recebidos tem-se vindo a afirmar como um aspecto central nas organizações que se preocupam em melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços.

A investigação tem vindo a demonstrar que a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos é também um importante preditor de alguns aspectos centrais ao sucesso das estratégias de tratamento instituídas, como por exemplo a adesão do doente ao tratamento (Sherbourne *et al.*, 1992 e Hardy, Hest e Will, 1996).

O estudo teve como objectivo analisar a satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento e alguns factores a ela associados.

## METODOLOGIA

Recolhidos os dados numa amostra consecutiva de doentes oncológicos internados (n=254) em unidades de internamento de cirurgia de um centro de oncologia nacional.

Instrumentos: Questionário Sócio-Demográfico, EORTC IN PATSAT-32, HADS, EQ- 5D e Escala de Conhecimentos sobre a Doença (ECsD)

## RESULTADOS

Globalmente, podemos afirmar que os inquiridos estão satisfeitos com os cuidados recebidos. Podendo variar entre um e cinco, a média situa-se nos 3,48 pontos e a mediana ligeiramente acima o que conjugado com os quartis, mostra que as respostas variaram maioritariamente entre a apreciação de "bom" e "muito bom".

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) na satisfação dos doentes com os cuidados recebidos, para algumas dimensões, relativamente às suas habilitações, à profissão/ocupação, ao nível de ansiedade, à morbilidade e à satisfação com a informação sobre a doença...

## CONCLUSÕES

São vários os factores que podem influenciar a satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante um internamento, facto já observado em estudos anteriores (Brédart *et al.*, 2005; Stevans *et al.*, 2006; Avery *et al.*, 2006).

---

<sup>1</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pós-Graduado em Urgências/Emergências; Mestre em Bioética; Doutorando em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Na amostra estudada encontramos valores de satisfação relativamente elevados, o que está de acordo com a preocupação da instituição de saúde onde foram recolhidos os dados.

#### BIBLIOGRAFIA

VERY, KelTy N. [et al] - Satisfaction with care: an independent outcome measure in surgical oncology. *Annals of Surgical Oncology*. Vol. 13, nº 6 (Abril, 2006), p. 817-822  
BRÉDART, Anne [et al] - An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure. *European Journal of Cancer*. Vol. 41, nº 14 (Setembro, 2005), p. 2120-2131

HARDY, G. E.; WEST, M. A.; HILL, F. - Components and predictors of patient satisfaction. *British Journal of Health and Psychology*. Nº 1 (Fevereiro, 1996), p. 65-85

SHERBOURNE, C. D. [et al.] - Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioural Medicine*. Nº 15, nº 5 (Outubro, 1992), p. 447-468

# SATISFAÇÃO DOS DOENTES COM A INFORMAÇÃO QUE DETÊM SOBRE A DOENÇA: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO PRELIMINAR DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

JOSÉ MARTINS<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

É hoje uma assunção que os doentes têm direito a ser informados sobre o seu estado de saúde. Vários estudos demonstram o desejo dos doentes em serem informados (Degner 1997, Jenkins et al. 2001, Martins 2003).

A inexistência de um instrumento de avaliação da satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a doença, levou-nos a avançar para o presente estudo cujo objectivo central foi desenvolver e validar uma escala de avaliação da satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a doença.

## METODOLOGIA

Amostra: 489 doentes, provenientes de duas amostras: uma consecutiva, a doentes oncológicos internados (254) e outra em redes, a elementos da população geral com experiência recente de doença e necessidade de recorrer a cuidados de saúde diferenciados (235).

Instrumentos: Questionário Sócio-Demográfico e Escala de Conhecimentos sobre a Doença (ECsD)

## RESULTADOS

A ECsD, com 28 itens, revelou boas propriedades psicométricas, com uma consistência interna elevada ( $\alpha=0,953$ ) no seu global.

Através de análise factorial com rotação varimax e normalização de Keiser, emergiram dois factores: *Informação Projectiva e de Autocontrolo* e *Informação Médica*. Estes dois factores, explicam 51,98% da variância e apresentam também elevada consistência interna (valores de  $\alpha$  de 0,926 e 0,919, respectivamente).

## CONCLUSÕES

A Escala de Conhecimentos sobre a Doença revelou ser, na amostra estudada, um instrumento válido e fiel. A inexistência de outros estudos específicos neste domínio, se por um lado contribui para justificar a pertinência do presente estudo, vem também impossibilitar que se estabeleçam algumas comparações que poderiam contribuir para comprovar a validade da ECsD.

---

<sup>1</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pós-Graduado em Urgências/Emergências; Mestre em Bioética; Doutorando em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A ECsD permitirá avaliar a satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a sua doença, perspectivando assim a possibilidade da sua utilização em investigação científica ou mesmo, como um instrumento de validação da qualidade de uma parte muito importante dos cuidados de saúde.

#### BIBLIOGRAFIA

DEGNER, Lesly F. [et al.] - Information needs and decisional preferences in woman with breast cancer. *JANJA*. Vol 277, nº 18 (Maio, 1997), p. 1485-1492

JENKINS, V.[et ai.] - Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*. Vol. 5, nº 1 (Janeiro, 2001), p. 48-51 MARTINS, José Carlos A. - Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à

informação e ao consentimento. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Nº 8 (Agosto, 2003), p. 49-62

MARTINS, José Carlos A.- Conhecimentos sobre a doença: criação e validação preliminar de uma escala de avaliação da satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a doença. *Pensar Enfermagem*. Vol. 11, nº 2 (Novembro, 2007), p. 2-11

# VISITA DA EQUIPA CLÍNICA EM UCI: PRÓXIMO DO DOENTE OU EM AMBIENTE RESERVADO

FERNANDES P<sup>1</sup>, VAZ T<sup>1</sup>, FERREIRA M<sup>1</sup>, MARQUES A<sup>1</sup>, PAIXÃO A<sup>1</sup>,  
CASTELÕES P<sup>1</sup>, FERRO I<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

A visita da equipa médica em Cuidados Intensivos é frequentemente realizada próximo doente.

Este tipo de visita permite a todo o corpo clínico, inteirar-se mais facilmente, da situação do doente crítico, e simultaneamente tomar atitudes terapêuticas.

## OBJECTIVO

Com este trabalho pretende-se abordar a problemática do ponto de vista ético, da visita do corpo clínico próximo ao doente ou reservada, em ambiente de Cuidados Intensivos.

## DESENVOLVIMENTO

O facto dos doentes em cuidados intensivos se encontrarem muitas vezes sob efeito de fármacos depressores do nível de consciência, é muitas vezes mencionado para que a passagem da informação seja feita à "cabeceira" do doente, sem que haja malefício para o mesmo.

No entanto, quando o doente se encontra consciente, ou com sedação ligeira são vários os problemas éticos se colocam:

- Benefício /malefício para o paciente em receber esta informação, numa linguagem pouco acessível e com elevada diferenciação técnica, podendo dar azo a interpretações erróneas, em doentes com uma grande instabilidade, incapacidade de transmitir as suas dúvidas e angústias
- A confidencialidade de dados, perante os outros pacientes que não se encontram sedados, que terão acesso não apenas à própria informação, mas também ao estado clínico dos outros pacientes, com todas as consequências que daí advêm.
- A relação médico-doente já comprometida, pode agravar-se perante a divulgação colectiva de toda a informação, durante a visita da equipa clínica.
- A qualidade da informação que deverá ser transmitida nesta visita, e de que modo, e por quem, deverá ser comunicada ao paciente.

---

<sup>1</sup> UCIP- CHVN GAIA ESPINHO, EPE

## CONCLUSÕES

O doente crítico pela sua situação fragilizada, deverá merecer todos os esforços, no sentido de não agravar o quadro clínico.

É fundamental repensar que a pessoa doente, deverá ser o centro da prestação de cuidados de Saúde. A visita da equipa clínica deverá ter como primeiro e principal objectivo bem-estar da pessoa doente.

# HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONTRIBUTOS DA DEONTOLOGIA PARA O FORTALECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE OS MÉDICOS-PACIENTES E SUAS FAMÍLIAS

RUI COSTA<sup>1</sup>; DIOGO LAMELA<sup>2</sup>; ELSA SILVA<sup>3</sup>

Com a evolução do Estado-providência e das exigências para a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade, os profissionais de saúde, em especial os médicos, encontram-se num momento de alteração dos seus alvos prioritários de acção, com especial preocupação na melhoria da relação entre médico-paciente.

E comum os profissionais terem de dar resposta a dilemas deontológicos na criação destes novos padrões de relação com os pacientes, as suas família e comunidades. Estes dilemas intensificam-se quando os pacientes estão (in)formalmente dependentes de familiares ou instituições ou apresentam declínios biológicos, fisiológicos, neurocognitivos e psicossociais.

A investigação mais recente demonstra que os processos psicológicos e a qualidade da empatia demonstrada pelos médicos são elementos-chave para a recuperação e para a optimização da condição de saúde dos utentes. Dessa forma, os princípios da deontologia médica devem reflectir esta nova perspectiva para a humanização dos cuidados, uma vez que esta humanização não é atingida unicamente com a melhoria de procedimentos burocráticos e com o apetrechamento tecnológico dos serviços, mas sim através da aposta real na transformação da postura médica sobre o paciente, as suas limitações e competências que promovem a sua recuperação.

É necessário reflectir sobre como assegurar uma relação horizontal médico-paciente, em que o paciente se torna co-responsável pelo planeamento da sua recuperação, não secundarizando, porém, os actos médicos essenciais para restabelecimento da condição de saúde dos utentes. Consequentemente, torna-se necessário reflectir e estabelecer novas e inovadoras orientações deontológicas nos cuidados de saúde.

A presente comunicação visa mliar uma reflexão sobre a \_ efectiva humanização, considerando a relação profissional-paciente/famílias como pedra angular das respostas aos novos desafios com que se deparam os serviços de saúde. Algumas reflexões serão apresentadas sobre como balancear as necessidades de intervenção e as considerações éticas que fundamentam as acções de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais de saúde com a comunidade.

---

<sup>1</sup> Universidade do Minho, Braga, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade do Minho, Braga, Portugal. Escola Superior de Educação de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.

<sup>3</sup> Hospital S. João, Porto, Portugal.

# A INFORMAÇÃO EM USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E A AUTONOMIA DO PACIENTE

SARA SOUZA<sup>1</sup>

Há uso racional de medicamentos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (Nairobi, Quênia, 1985), quando *"pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade"*.

A informação e educação ao público sobre os medicamentos e a adequada formação de recursos humanos nos serviços, permite aos pacientes e a comunidade assumir a responsabilidade por sua saúde e decidir sobre uma estratégia terapêutica adequada, como um direito ao exercício da autonomia e a segurança para a tomada de decisões. Os bons resultados terapêuticos dependem do uso adequado e da adesão ao tratamento pelo paciente e do seguimento farmacoterápico.

O uso de muitos medicamentos (polimedicação); abuso de antimicrobianos, em posologias ou indicações inadequadas; a prescrição em desacordo com diretrizes clínicas; a automedicação são exemplos de uso inapropriado.

A OMS, 2002, estabelece doze intervenções para a promoção do uso racional de medicamento: Comitê nacional multidisciplinar para coordenar as políticas de uso racional; Diretrizes clínicas; Listas de medicamentos de essenciais; Comitês de Farmácia e Terapêutica em distritos e hospitais; Capacitação em Farmacoterapia baseada em problemas nos cursos de graduação; Educação médica continuada em serviço como requisito para registro profissional; Supervisão, auditoria e feedback; Informação fidedigna e isenta sobre medicamentos; Educação dos usuários sobre medicamentos; Não permissão a incentivos perversos;

Regulamentação e fiscalização apropriadas; gasto governamental suficiente para assegurar disponibilidade de medicamentos e infraestrutura.

As medidas regulatórias de apoio ao uso racional incluem o registo mediante evidências de segurança, eficácia e qualidade e a regulação da promoção. Deve ser assegurado o acesso ao medicamento prescrito, na dose adequada e pelo tempo necessário ao tratamento.

---

<sup>1</sup> Farmacêutica Bioquímica - Especialista em Bioética pela FMUP -VII Curso de Mestrado

# **O ACONSELHAMENTO GENÉTICO NO AMBITO DA PROcriação Medicamente Assistida: PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

SOFIA NUNES<sup>1</sup>

Numa sociedade que se prevê cada vez mais científica e tecnológica, as novas técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) ganham cada vez mais entusiastas. O casal, a família e a fecundidade tornam-se num trinómio bastante polémico desta nova sociedade tendencial. Através da análise demográfica portuguesa consegue-se concluir que os casais têm filhos cada vez mais tarde ou então são afectados por problemas de infertilidade, recorrendo às técnicas de PMA. Dentro do contexto das técnicas de PMA e de todo o universo que as engloba, insere-se o Aconselhamento Genético (AG).

O objectivo do estudo apresentado em poster foi identificar o papel do aconselhamento genético em PMA. Este foi um estudo exploratório - descritivo que teve por base uma abordagem essencialmente quantitativa (tendo em conta a objectividade dos dados), mas também uma abordagem qualitativa. O impacto do AG em casais em programas de PMA foi estudado através de inquéritos realizados nos centros de PMA de Portugal (continente e ilhas) e uma pequena amostra em Espanha (Galiza), mas na apresentação do poster irão somente ser apresentados os resultados em Portugal.

As técnicas de PMA começaram a ter mais sentido nesta sociedade pela falta de tempo alegada pelos casais em geral, e pelo desfasamento da nossa cultura associada à falta de adaptação do binómio vontade / obrigação de procriação. Conjugado com o diagnóstico pré-implantação e o diagnóstico pré-natal tentou-se saber se o AG se tornava condição relevante e factor primordial em todo este processo.

As conclusões deste estudo são interessantes, desde que o AG é raramente usado no decurso de técnicas de PMA e que se mantém com critérios de estabilidade económica e científica mediante os meios de diagnóstico de que se auxilia entre outras conclusões.

---

<sup>1</sup> Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia. Mestre em Bioética.

# MERCADO DA SAÚDE E QUESTÕES DE NATUREZA DEONTOLÓGICA

SUSANA OLIVEIRA<sup>1</sup>; GUILHERMINA REGO<sup>2</sup>; RUI NUNES<sup>3</sup>

No mercado da saúde, com as suas características próprias, podem surgir:

- Risco moral no consumo "*moral hazard*" - o facto de o doente saber que tem cobertura pode levar a que o doente faça um gasto desmesurado do consumo. No caso das seguradoras, por ex., estes doentes não interessam, e escolhem os melhores clientes (selecção adversa).
- Risco moral na oferta (procura induzida pela oferta) - Lei de Roemer - como há assimetria de informação pode acontecer que os profissionais de saúde introduzam nas preferências do doente o que seria as suas preferências, por ex.: o profissional induz a uma consulta. (Pereira, J., 1992 e in Frederico, M., 2000) Ou seja, os profissionais de saúde, têm a capacidade de criar procura para os seus serviços. Evans, refere que tal fenómeno tem uma desutilidade, pois além de ter um benefício marginal (maior rendimento), também vai ter um custo marginal (menor utilidade). Dranove, argumenta que os médicos serão prejudicados posteriormente com uma menor procura, pois os pacientes irão aperceber-se que o benefício obtido é inferior aos custos do tratamento. (Barros, P., 2005)

A escassez leva a problemas de alocação de recursos, pelo que se formula três perguntas:

1. «QUE bens produzir e em que quantidades? Isto é, quantos e quais bens e serviços alternativos serão produzidos?
2. COMO se devem produzir os bens? Isto é, por quem, com que recursos e por que processo tecnológico devem eles ser produzidos?
3. PARA QUEM são os bens que se produzem? Isto é, quem se vai aproveitar dos bens que se produzem?» (Samuelson e Nordhaus, 2005)

O custo de oportunidade, referido na primeira questão, «é o valor da melhor alternativa não concretizada em consequência de se utilizarem recursos escassos na produção de um dado bem ou serviço». (Pereira, 1992, pp.11 e in Frederico, M., 2000).

---

<sup>1</sup> Enfermeira UCIN Hospital de S. João e aluna da VI Mestrado em Bioética.

<sup>2</sup> Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>3</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, P. (2005). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina.

Frederico, M. (2000). *Princípios de Economia da Saúde*. Coimbra: Sinais Vitais.

Pereira, J. (1992). *Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Documento de Trabalho 1/93. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Samuelson, P. e Nordhaus, W. (2005). *Macroeconomia*. 18ª Ed. Madrid: McGraw Hill.

# 9º Congresso Nacional de Bioética

