

## **RESUMO**

A ética principialista, de Tom Beauchamp e James Childress, constitui atualmente a teoria de maior aceitação na ética biomédica, sendo fundamentada em quatro princípios: Respeito pela Autonomia (“A pessoa escolhe”); Não-maleficência (“Evitar danos”); Beneficência (“Fazer o bem”) e Justiça (“Priorizar com equidade”). Estes fazem parte de uma moral comum servindo de guias gerais de ação para qualquer médico, incluindo o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), a fim de resolver dilemas morais e permitindo a formulação de regras de conduta que orientem o seu desempenho ético.

Num contexto de crescente tecnologização do cuidado, perante uma sociedade descrita como desumanizada e desumanizante, na qual os médicos são alvo de inúmeras críticas, na qual a relação pessoal do médico com o doente se tem degradado e na qual a Medicina Familiar configura uma “caricatura social inaceitável”, torna-se urgente a recuperação da sua área de promoção humana, incluindo os valores éticos, os direitos e deveres morais, assim como as virtudes. Considerou-se, então, fundamental o desenvolvimento de um trabalho que pudesse constituir-se como ponto de partida para uma reflexão mais aprofundada neste âmbito. Os objetivos incluíram abordar algumas das aplicações da bioética principialista na prática diária da Medicina Geral e Familiar, fazendo referência aos problemas éticos mais comuns nos cuidados de saúde primários, às orientações de âmbito nacional e internacional às quais Portugal está vinculado, e à forma como os princípios da bioética podem influenciar o estabelecimento e preservação da relação médico-doente (MD).

A metodologia baseou-se numa revisão integrativa da literatura, incluindo convenções, declarações, tratados e artigos científicos de investigação. Os resultados referentes às relações entre os princípios da bioética e a prática clínica em MGF foram agrupados em quatro categorias: MGF e a relação médico-doente; Princípio do respeito

pela autonomia; Princípios da não maleficência e da beneficência; e, por último, Princípio da justiça.

Os médicos de MGF desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e providenciando cura, cuidados ou palição. Neste âmbito, poderão ser confrontados com dilemas éticos ao nível da obtenção do consentimento informado, da confidencialidade e do sigilo médico, do processo de referenciação, da prevenção da doença (incluindo a imunização e os rastreios), e ainda ao nível dos exames complementares diagnósticos e terapêuticos a pedido dos doentes e da distribuição dos mesmos. Todos estes dilemas morais surgem no contexto de uma relação interpessoal única entre o médico e o doente, que é possivelmente o aspeto mais terapêutico da consulta. Segundo alguns estudos, a insatisfação na relação médico-doente constitui uma das principais causas de mal-estar e um importante preditor de resultados negativos na saúde.

Após análise aprofundada do tema proposto, conclui-se que apesar de toda a inovação tecnológica, a conduta moral e de princípios que rege a profissão dos médicos de família continua fiel aos princípios da especialidade de MGF. Numa era de desumanização e de descontentamento global, torna-se imprescindível fomentar uma crescente humanização dos cuidados de saúde particularmente primários porque são os primeiros, no sentido de alcançar uma otimização da relação MD, aprofundar o nível de compreensão da “posição de doente” e ir ao encontro das suas expectativas, de modo a permitir satisfação globalmente mais positiva relativamente a este nível de cuidados e fomentando uma cultura de Qualidade em Saúde, sem nunca esquecer a máxima “Antes de sermos bons profissionais, teremos de ser bons seres humanos”.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bioética, Princípioalismo, Respeito pela autonomia, Beneficência, Maleficência, Justiça, Relação Médico-Doente, Medicina Geral e Familiar

## **ABSTRACT**

The principlialist ethics, from Tom Beauchamp and James Childress, is the most widely accepted theory in biomedical ethics and it is based on four: principles: Respect for Autonomy ("A person chooses"); Non-maleficence ("Avoiding damages"); Beneficence ("Doing good") and Justice ("Prioritize with equity"). These are part of a common moral serving general action guides to any doctor, including the doctor of general medicine (GM) in order to solve moral dilemmas and enabling the design of more specific rules of conduct to guide their ethical performance.

In a context of growing technologization care, to a company described as inhuman and dehumanizing, in which doctors are subject to numerous criticisms, in which states that personal physician's relationship with the patient has degraded and in which the Family Medicine sets an "unacceptable social caricature," it is urgent to recover their area of human development, including ethical values, rights and moral duties, as well as virtues. So it was considered fundamental to develop a work that could be constituted as a starting point for further reflection in this area. The objectives included to address some of the applications of principlialist bioethics in the daily practice of family medicine, referring to the most common forms of ethical problems in primary health care, to national and international guidelines to which Portugal is bound, and how the principles of bioethics may influence the establishment of the doctor-patient (DP) relationship.

The methodology was based on an integrative literature review, including conventions, declarations, treaties and scientific research articles. The results concerning the relationship between the principles of bioethics and clinical practice of GM were grouped into four categories: GM and the doctor-patient relationship; Principle of respect for autonomy; Principles of non-maleficence and beneficence; and, finally, justice principle.

GM doctors play their professional role by promoting health, preventing disease and providing cure, care, or palliation. This area may be faced with ethical dilemmas including the moment of obtaining informed consent, confidentiality and medical confidentiality, the referral process, disease prevention (including immunization and screenings) and also at the level of complementary diagnostic tests and the therapeutic application of the sick and the distribution thereof. All these moral dilemmas arise in the context of a single interpersonal relationship between the doctor and the patient who is possibly the most therapeutic aspect of the consultation. According to some studies dissatisfaction in the doctor-patient relationship is one of the leading causes of malaise and an important predictor of health outcomes.

After careful consideration of the theme, the conclusion are: despite all the technological innovation, moral conduct and principles governing the profession of family doctors continue loyal to the principles of GM specialty. In context of dehumanization and global discontent, it is essential to foster a growing humanization of primary health care in order to achieve an optimization of DP relationship, deepen the level of understanding of the "patient's position" and meet their expectations in order to allow a generally more positive satisfaction with this level of care and fostering a quality culture in health, never forgetting the maxim that said: "Before we were good people, we have to be good human people."

**KEY-WORDS:** Bioethics, Principlism, Autonomy, Beneficence, Nonmaleficence, Justice, Physician Patient Relationship, Family Medicine

## **SUMÁRIO:**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	11
<b>DISCUSSÃO</b> .....	14
<b>MGF E A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE</b> .....	14
<b>A APLICAÇÃO DOS 4 PRINCÍPIOS NO DIA-A-DIA DO MÉDICO DE MGF</b> .....	25
3.1– <i>Princípio do respeito pela autonomia</i> .....	25
3.2 – <i>Princípios da não maleficência e da beneficência</i> .....	33
3.3 – <i>Princípio da justiça</i> .....	43
<b>CONCLUSÃO</b> .....	49
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	56
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	57

## **ABREVIATURAS**

MGF – Medicina Geral e Familiar

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MF – Médico de família

APS – Atenção Primária à Saúde

CG – Clínico Geral

MCP – Medicina centrada na pessoa

MD – Médico-Doente

PNV – Plano Nacional de Vacinação

## INTRODUÇÃO

É comumente aceite que os avanços tecnológicos na medicina levam a que os médicos do século XXI sejam confrontados com dilemas bioéticos e morais. Contudo, muitas questões bioéticas não são criadas pela tecnologia, mas são inerentes à prática médica, já desde os tempos Hipocráticos. (1) Hipócrates, para o mundo ocidental, é considerado o pai da medicina e personifica o ideal de médico com os valores éticos eternos da profissão médica. (2) O juramento hipocrático é o texto moral mais curto mas também mais importante do *Corpus Hippocraticum* e, apesar da sua antiguidade, os seus preceitos éticos continuam atuais. (2,3)

Segundo Edmund D Pellegrino, ética é um ramo da filosofia que examina de forma racional e sistemática o que está certo e o que está errado nas ações humanas. (4) A filosofia, nesse sentido, contribui de forma muito importante para o debate sobre questões bioéticas, fornecendo as bases para as teorias que hoje se apresentam como predominantes na tentativa de fundamentar a bioética. (5) O termo “bioética” foi introduzido na década de 70 pelo biólogo e oncologista Van Rensselaer Potter, afirmando que este seria o mais adequado para “ênfatisar os dois mais importantes ingredientes para alcançar a nova sabedoria que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos”. (6) Desta forma, a bioética como forma de aplicação da ética à vida, com todos os componentes que a constituem, engloba o processo de confronto entre os factos biológicos e os valores humanos na tomada de decisões, tendo surgido, segundo Andre Hellegers, na consequência de uma clara percepção dos perigos que o desenvolvimento tecnológico precipitado da ciência encerra para o Homem na sua integridade física e na sua identidade pessoal. (7) Entre as diversas metodologias de análise e reflexão teórica em Bioética (a do libertarianismo, a das virtudes, a da casuística, a narrativa, a do cuidar e a do principialismo (7)), optou-se por uma abordagem mais

pormenorizada desta última, também conhecida como ética principialista porque, apesar de algumas críticas, constitui atualmente a teoria de maior aceitação na ética biomédica.(5,8) Os seus autores foram Tom Beauchamp e James Childress e a conceção defendida por estes teve por base a redefinição dos três princípios éticos (respeito pela pessoa, beneficência e justiça), apresentados no Relatório de Belmont de 1978, baseando-se em quatro princípios, com carácter *prima facie*: Respeito pela autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça. (6) Estes princípios éticos constituem a base para tomar decisões morais ajudando, em situações particulares, a determinar qual a atitude correta a tomar, tendo em conta as regras que derivam de cada princípio e as suas consequências. (8) Ou seja, estes quatro princípios fazem parte de uma moral comum servindo de guias gerais de ação a fim de resolver dilemas morais e permitindo a formulação de regras mais específicas de conduta. (5,6,9) Assim, a ética, enquanto prática moral, constitui a experiência concreta do quotidiano, quando ocorre a realização de valores e o esforço pessoal para aplicar os princípios e observar as normas. (7) Edmund Pellegrino e David Thomasma, defensores da ética de virtudes na bioética, apontam para o papel fundamental das virtudes como meio de alcançar o bem do paciente, que é o bem intrínseco da prática médica. (6) Segundo Franciele Petry, esta última abordagem da bioética revela-se, de certo modo, complementar à ética principialista tão amplamente difundida. (6)

Neste âmbito, a ética profissional surge como um conjunto de normas morais pelas quais a pessoa deve orientar o seu comportamento na profissão que exerce. (10) Assim, e de um modo global, qualquer médico, incluindo o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), poderá orientar o seu desempenho ético, na sua prática clínica, através de quatro princípios: Respeito pela Autonomia (“A pessoa escolhe”); Não-maleficência (“Evitar danos”); Beneficência (“Fazer o bem”) e Justiça (“Priorizar com equidade”, fazendo uso criterioso dos recursos disponíveis). (10,11) Também o dia-a-dia do médico de MGF é



composto de vários dilemas morais inerentes a uma relação interpessoal única, mais ou menos difícil e intensa, entre o médico e o doente.

Atravessamos uma época em que os médicos são alvo de inúmeras críticas e em que nos meios de comunicação se afirma que a relação pessoal do médico com o doente se tem degradado. (12) Santiago Montero refere que a Medicina Familiar configura uma “caricatura social inaceitável”, necessitando urgentemente de uma recuperação ao nível da sua área de promoção humana, contrariando a referência a esta especialidade como “mero filtro de banalidades” e a desmoralização dos profissionais que a executam. (13)

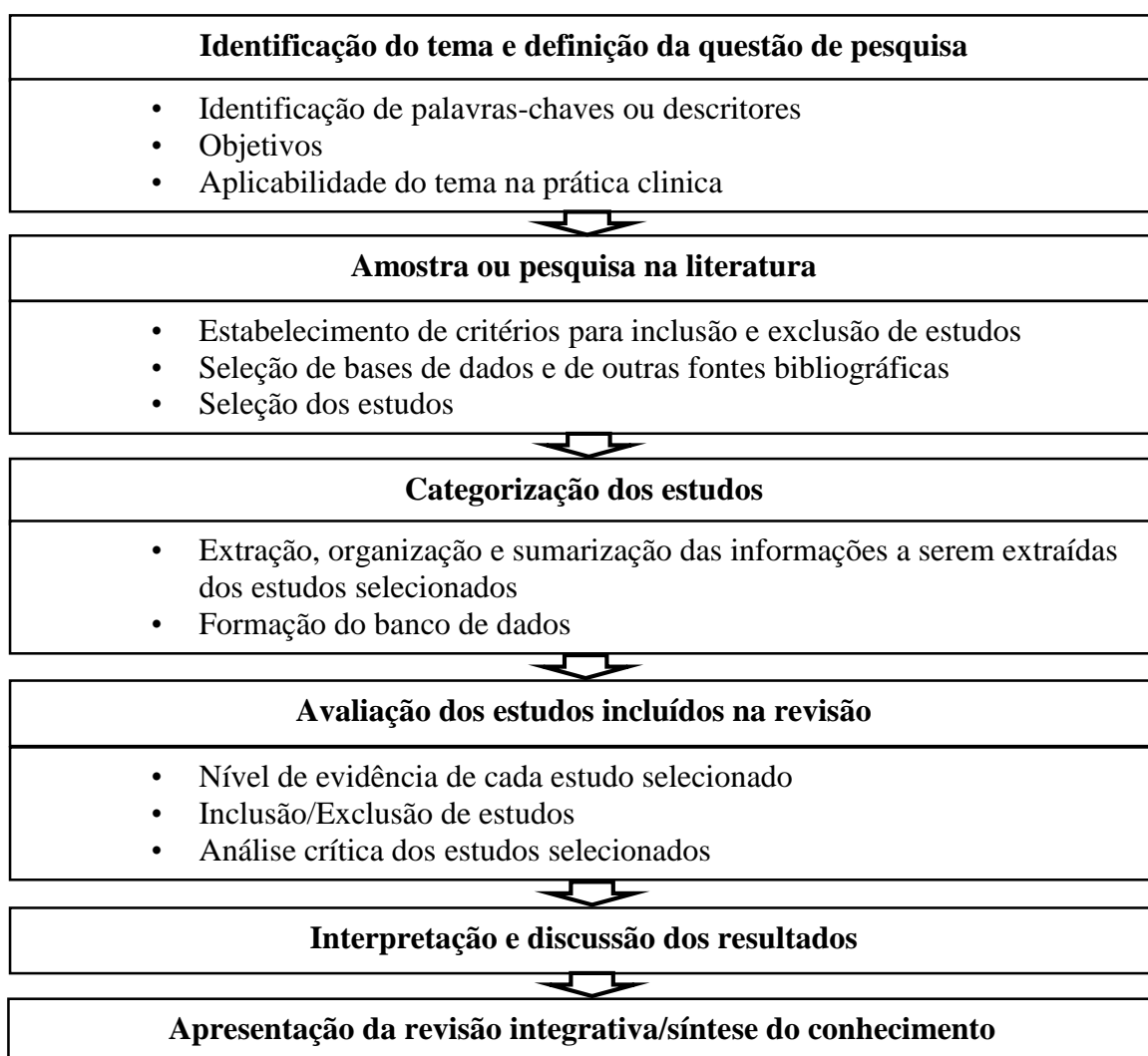
Assim, perante um contexto de crescente tecnologização do cuidado e de descontentamento global, frequentemente referido pela população portuguesa, perante os cuidados de saúde primários, considera-se fundamental o desenvolvimento de um trabalho que possa constituir-se como ponto de partida para uma reflexão que transmita a necessidade de refletir, aprender e manejar alguns conceitos éticos. Perante uma sociedade descrita como desumanizada e desumanizante (14), a ética emerge, cada vez mais, como uma "disciplina de carácter prático que pretende guiar a ação humana com um sentido racional". (15) Deste modo, este trabalho tem como objetivos abordar a bioética principialista, proposta por Beauchamp e Childress, e a sua aplicação diária na prática da Medicina Geral e Familiar, fazendo referência às formas mais comuns de problemas éticos nos cuidados de saúde primários, às orientações de âmbito nacional e internacional às quais Portugal está vinculado e à forma como os princípios da bioética poderão influenciar o estabelecimento da relação médico-doente (MD). Após a percepção das diversas situações, nas quais qualquer médico de família terá de aplicar os referidos princípios, pretende referir-se quais deles poderão entrar em conflito, em que momentos e de que forma o seu conhecimento prévio poderá, de certo modo, contribuir para uma otimização da relação MD e da qualidade em saúde. Deseja-se, deste modo, aprofundar a

interface entre a bioética e os cuidados de saúde primários e caminhar no sentido de uma prática clínica e compreensão da “posição de doente”, que permita uma satisfação globalmente mais positiva relativamente a este nível de cuidados, em Portugal. Por último, pretende-se também reforçar a necessidade crescente de humanização dos cuidados de saúde primários, face à crescente inovação científica e tecnológica.

## MATERIAL E MÉTODOS

A revisão integrativa da literatura emerge como um método amplo de pesquisa que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais e que, através da construção de uma análise da literatura sobre um determinado assunto, determina o conhecimento atual sobre uma temática específica. Este método contribui não só para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao doente, mas também para o desenvolvimento de um pensamento crítico que a prática diária necessita. (16,17)

A presente revisão da literatura foi realizada de Setembro de 2014 a Setembro de 2015 e o percurso metodológico adotado teve por base as propostas de outros autores adaptadas e organizadas no “Fluxograma do percurso metodológico” (Figura 1). (16,17)



**Figura 1** – Fluxograma do percurso metodológico

Toda a pesquisa foi realizada a partir de livros de texto, enciclopédias, teses de outros autores, declarações e convenções, revistas, artigos científicos de investigação sobre o tema em causa e websites de referência. Foi também efetuada a recolha e análise de todos os artigos, relacionados com o tema, publicados em todas as edições dos últimos 10 anos da Revista Portuguesa de Clínica Geral/ Medicina Geral e Familiar.

No que concerne à pesquisa eletrónica, esta foi realizada nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), esta última através de PudMed NCBI. Para a pesquisa dos artigos foram utilizados os cruzamentos dos seguintes descritores: Bioética e Princípios; Bioética e General Practice; Ética e Relação médico doente; Princípioalismo e Relação e similares em Inglês. Foram também utilizados os termos “Beauchamp et Childress”, “The patient-doctor relationship family doctor” e alguns termos MeSH (“Medical Subject Headings”) tais como: “Bioethics”, “Medical Ethics”, “Principle-Based Ethics” e “Physician Patient Relationship”.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: estar publicado entre Janeiro de 2005 a Maio de 2015, em português, inglês ou espanhol; e abordar a aplicação no mínimo de um dos princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) no dia-a-dia da relação médico-doente, com ênfase na área da Medicina Geral e Familiar (MGF). Foram também selecionados aqueles artigos citados como referências bibliográficas que, apesar de não reunirem todos os critérios de inclusão, se demonstraram de elevada relevância para o desenvolvimento do tema proposto. Foram excluídos os trabalhos sem os resumos disponíveis para análise nas bases de dados utilizadas e publicados em outros idiomas (francês e alemão).

Os resultados referentes às relações entre os princípios da bioética e a prática clínica em MGF foram agrupados em quatro categorias: MGF e a relação médico-doente; Princípio do respeito pela autonomia; Princípios da não maleficência e da beneficência; e, por último, Princípio da justiça.

## DISCUSSÃO

### MGF E A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

A Medicina Geral e Familiar (MGF), ou Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade muito recente, tendo surgido na década de 1960 nos Estados Unidos da América, aprovada pelo *Founding Council of Education*, e sendo considerada como a disciplina médica mais pessoal, abordando uma estratégia biopsicossocial baseada na relação médico-doente, integrada na nova tecnologia da evolução. (18) A MFC é definida como a especialidade médica que presta, de forma continuada e compreensível, cuidados de saúde ao indivíduo e à sua família, sendo orientada por princípios que governam as suas ações, diante das necessidades dos mesmos e da comunidade na qual estão inseridos. (19)

Durante o século XIX, com o ressurgimento da medicina geral, houve um movimento para substituir o termo médico geral por médico de família. Eram razões para essa substituição a designação “médico geral” ser tida como prática de medicina obsoleta, e a necessidade de enfatizar a “medicina de família” como nova e diferente, e encontrar um novo nome para o novo corpo de conhecimento, o qual incluía aspetos relacionados com a família e a saúde, o que tornava a “medicina de família” distinta das restantes disciplinas clínicas. (20) Neste campo as opiniões dividiam-se. Muitos clínicos gerais que já trabalhavam como médicos de família, sendo que a medicina familiar colheu o melhor que havia na clínica geral, sentiam-se ofendidos por serem considerados inferiores. Outros entendiam que o médico de família era o ressurgimento de um título honorífico, como alternativa para clínico geral. A designação “medicina de família” tornou-se então o nome do corpo de conhecimento cuja prática se baseia na família, mas não só, podendo ser usado indistintamente de “médico geral” ou “clínico geral”. (20)

O médico de família (MF) tem, como seu campo principal no sistema de saúde, o nível denominado atenção primária à saúde (APS) que, segundo Rakel, é o cuidado de primeiro contacto, que inclui continuidade e atendimento integral, que assume uma responsabilidade a nível individual e da comunidade, tratando-se de um tipo altamente personalizado de prestação de cuidados. (19,21) A conferência da OMS de Alma-Ata (1978) definiu APS como “ a assistência essencial (...) posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, (...) representando o primeiro nível de contacto com o Sistema Nacional de Saúde”. (22) A declaração de Alma Ata define saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença”, reconhecendo a saúde como um direito humano fundamental. (23)

Segundo a Carta de Ottawa (OMS,1986), a Promoção da Saúde consiste no processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar, incluindo três vertentes de ação: educação para a saúde, prevenção da doença e proteção da saúde. (24) De acordo com o 64º artigo (saúde) da lei constitucional nº 1/2005, publicada em Diário da República, “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” e, para assegurar este direito, incumbe prioritariamente ao Estado, entre outras ações, “garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”, através de um serviço nacional de saúde, “tendencialmente gratuito”. (25) Conforme um parecer da associação portuguesa de bioética: “Sendo o direito à proteção da saúde uma grande conquista civilizacional, qualquer reforma estrutural do SNS deve alicerçar-se no primado da pessoa humana e nos seus direitos fundamentais”. (26) Neste sentido, esta mesma associação apresentou, em 2010, uma Carta dos direitos do Utente dos Serviços de Saúde, a qual pretende, essencialmente, assegurar o respeito pela dignidade e pelos direitos

fundamentais de todos os Utentes, tal como se encontram já proclamados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde. (26)

Neste âmbito, é também relevante salientar a importância da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela Conferência Geral da Unesco em Outubro de 2005, apresentando como um dos seus objetivos uma contribuição para a proteção dos direitos humanos e para o respeito pela dignidade humana e pelas liberdades fundamentais. (27) Segundo a alínea 2 do 3º artigo, desta mesma declaração: “Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade” (27), reforçando o papel central do indivíduo e dos aspetos inerentes ao mesmo, na prática clínica. Também o Código Internacional de Ética Médica enuncia que “O médico deve, em todos os tipos de prática médica, dedicar-se a proporcionar um serviço médico competente, com total independência técnica e moral, com compaixão e respeito pela dignidade humana”. (28)

De um modo sucinto, as orientações éticas para médicos, às quais Portugal está vinculado, são então provenientes do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, das Instituições Bioéticas, da formação providenciada nos *curricula* dos cursos de Medicina e de declarações e convenções internacionais tais como: a Declaração Universal dos Direitos do Homem (Nações Unidas, 1948); a Declaração de Helsínquia (sobre investigação médica); a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina; e a Declaração sobre os Direitos do Doente. (29)

Segundo a WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), os cuidados primários, para além do diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crónicas, incluem



a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença. (21) Assim, os especialistas de Medicina Geral e Familiar desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e providenciando cura, cuidados ou palição. (30) Num relatório de 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que a atenção primária é a melhor maneira de lidar com as doenças do século 21 e que uma melhor utilização das medidas preventivas existentes poderia reduzir a carga global da doença até 70%. (21) Para além disso, na 62ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2009, a OMS reafirmou os valores e princípios dos cuidados primários de saúde como base para o fortalecimento dos sistemas de saúde em todo o mundo. (21) As medidas de prevenção e promoção da saúde são aquelas que podem ter maior grau de eficácia para modificar os hábitos de vida que estão implicados na origem de doenças crónico degenerativas, de importância crescente nas sociedades desenvolvidas. (22) Este último tipo de doenças referido carece de tratamentos prolongados em que a tónica se coloca, não na cura, mas sim no controlo/ reabilitação (12), uma área também da responsabilidade do MF.

Segundo o *Royal College of General Practitioners* “O Clínico Geral (CG) é um médico que fornece cuidados médicos pessoais, primários (essenciais) e contínuos a indivíduos e famílias (...) e que intervirá educacionalmente, preventivamente e terapêuticamente para promover a saúde do seu utente”. (31) O médico de família rege a sua profissão e forma de atuação, influenciado por um conjunto de valores, atitudes e princípios; atua como um coordenador e integrador de todos os recursos de saúde (21); funciona como um “*gatekeeper*” do sistema de saúde (32); age como um confidente, tutor e advogado, explicando as causas e as implicações da doença aos pacientes e suas famílias (21); atua como um defensor dos direitos, interesses e necessidades das pessoas e da população que atende, necessitando de um forte senso de responsabilidade para o atendimento total e permanente, das pessoas e da família, durante a saúde, a doença e a

reabilitação. (19) Há autores que comparam o papel do MF ao de uma bússola, devido à necessidade das suas capacidades para orientar e sinalizar, e que acrescentam as suas funções de instruir e educar e de realizar uma “tarefa de maturação” a partir de uma relação com três qualidades: a confiança, a contenção do profissional e a capacidade de promover a autoestima das pessoas. (33)

Na literatura médica têm sido sugeridos como fatores que aumentam a eficácia da educação para a saúde: sentimento de confiança no médico de família por parte do utente, envolvimento do utente no processo de tomada de decisão durante a consulta, identificação dos benefícios e dos custos e ainda a implementação de estratégias que visam ajudar os utentes a recordar conselhos preventivos previamente administrados. (24)

Neste âmbito, é facilmente perceptível que existe um grande sentido de responsabilidade na profissão de médico de família. A responsabilidade, no seu sentido jurídico mas também moral, é a “capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios atos e seus efeitos, aceitando as suas consequências”. (34) Após uma breve análise do conceito de responsabilidade para Levinas, Ricoeur e Jonas, Margarida Silvestre reconhece, na sua obra, que existe em todos eles o “deslocamento de uma ética tradicional antropocêntrica, para uma ética centrada na preocupação com o Outro”, atribuindo um significado eminentemente ético à responsabilidade. (34)

A este nível de constante preocupação com o outro e com o seu bem-estar, surge a necessidade e a justificação de uma Medicina Centrada na Pessoa (MCP), com base no modelo Biopsicossocial, cujo denominador comum é a perspetiva de uma medicina centrada sobre o doente, como pessoa única e integral. (12) Este modelo emerge na primeira década do século XXI, a partir das contribuições de Engel (considerado o “pai” do modelo biopsicossocial) e de McWhinney (que usa pela primeira vez o termo MCP), apresentando seis tarefas-chave de uma entrevista centrada na pessoa: a construção de

uma relação de ajuda; o intercâmbio de informação; o cuidado com as respostas às emoções; a gestão da incerteza; a tomada de decisões compartilhada; e a potencialização do autocuidado da pessoa. (33) Apesar de ser um estilo de relação muito difundido nos dias de hoje enfrenta ainda várias dificuldades. Uma delas passa pela sua aplicação com pessoas idosas e de classes sociais que não as classes médias e urbanas, constatando-se que é melhor recebido por estas últimas classes em detrimento de outras. (33)

Um dos princípios da MGF diz-nos que a relação médico-doente é fundamental para o desempenho do médico. (19) Estão descritos vários modelos desta relação (paternalista, informativo, interpretativo, deliberativo, centrado no paciente/beneficência com confiança) (24,35) dos quais, dadas as limitações de espaço, não será possível abordar cada um deles em detalhe.

A relação clínica que se procura na medicina é que se estabeleça uma relação interpessoal na qual, aspetos como a empatia, a harmonia (*rapport*) e a confiança se tornam essenciais para que o médico de família alcance resultados positivos nas suas intervenções. (19) A empatia consiste na capacidade de uma pessoa aceder ao que outra sente e pensa no momento em que estão em presença uma da outra, interpretando e sentindo esses pensamentos como se fossem seus, sem perder a sua identidade. (36)

O processo de interação entre o médico de família e a pessoa é possivelmente o aspeto mais terapêutico da consulta, pois muitas vezes o problema não está na pessoa, mas sim no relacionamento entre as pessoas. (33) Segundo alguns estudos, enquanto 54% dos doentes satisfeitos com a relação MD aderem ao tratamento, o número equivalente para o grupo insatisfeito é cerca de 16% (12), o que revela a importância que o estabelecimento de uma boa relação médico-doente tem na adesão ao tratamento.

De acordo com certos autores: “A verdade é que enquanto existirem doentes e médicos e estes não forem substituídos por algum equivalente robótico, a relação médico-

doente constitui-se como a matriz e o sustentáculo de toda a prática médica”. (12) Esta citação evidencia a necessidade de competências de comunicação requeridas para a satisfação das múltiplas necessidades dos doentes e para a consequente prestação de cuidados de saúde de qualidade. Segundo a *World Federation for Medical Education* a insatisfação na relação médico-doente constitui uma das principais causas de mal-estar, sendo já considerada, por alguns autores, como a componente dos cuidados de saúde que mais largamente tem sido investigada e utilizada como importante preditor de resultados na saúde. (12) A evidência tem demonstrado que a insatisfação resulta, em boa parte, da discrepância entre as expectativas do doente e do médico. (12) Para além disso, a maioria das reclamações (72%) envolvem problemas de insensibilidade ou falhas de comunicação dos profissionais, incluindo a falta de informação, a não participação nas decisões médicas e a falta de empatia. (12) Diversos estudos mostram percentagens de 20% de doentes adultos que referem ter dificuldades de comunicação com os seus médicos, facto que representa um enorme manancial de probabilidade de participação ou processo contra os médicos. (36) Outras investigações verificaram também que o tempo de consulta tem pouca influência na satisfação, mas que a comunicação, em especial o estilo de comunicação individual do(a) médico(a), tem uma grande influência (36), reforçando a importância das competências de comunicação e do reconhecimento dos aspetos psicossociais inerentes ao estabelecimento de uma relação médico-doente, no contexto da consulta em MGF. José Nunes, citado por José Simões, define a consulta como um procedimento diagnóstico e terapêutico de elevada complexidade técnica, cujo êxito depende muito da qualidade da relação médico paciente nela desenvolvida. (37)

No sentido de ir ao encontro das expectativas do paciente, torna-se fundamental ter uma ideia antecipada daquilo que os doentes esperam do seu médico e do nível da sua satisfação para com os mesmos, tendo já sido realizados diversos estudos neste âmbito.

Numa revisão da literatura, realizada por autores brasileiros, constatou-se que todas as pesquisas de satisfação revelam que as pessoas jovens e com *status* socioeconómico mais elevado são os mais difíceis de contentar, não porque apresentam um perfil de expectativas diferente, mas sim porque o seu grau de satisfação é mais elevado e porque estão mais dispostas a participar na tomada de decisões. (33) Em contrapartida, os idosos serão os mais entusiasmados e satisfeitos com o sistema de saúde. Outro estudo, realizado no mesmo âmbito, por internos do ano comum do Hospital de Santa Maria, conclui que cerca de 94% dos utentes considera importante ou muito importante que o MF lhe forneça toda a informação sobre as doenças, referindo também que, de acordo com as expectativas dos utentes, outra das competências mais importantes do seu MF deve ser a indicação por escrito, para além da receita, do tratamento que deve fazer (60%). (38)

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2014, no que diz respeito à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, como um dos parâmetros de percepção de bem-estar individual, Portugal apresenta um valor de 57%, em tudo igual à média global calculada para todo o mundo, mas muito abaixo de outros países como a Suíça, a Áustria e o Qatar, onde a satisfação, perante o mesmo parâmetro em análise, atinge ou ultrapassa os 90 %. (39)

Em Portugal, têm sido realizados vários inquéritos de satisfação dos utentes que têm demonstrado que estes estão, de um modo geral, contentes com o seu Médico de Família mas insatisfeitos com a organização, em especial com os tempos de espera para obter uma consulta e antes de ser atendido, reclamando também pela falta de qualidade no atendimento. (40) De acordo com os mesmos inquéritos, o grau de satisfação dos utentes com o funcionamento do centro de saúde revelou, num máximo de 10, uma satisfação geral de 5,1 em 2000 e de 5,4 em 2003 (40), valores estes que estão muito próximos dos presentes no Relatório de Desenvolvimento Humano 2014.

Segundo Rakel, os pacientes querem um médico que esteja atento às suas necessidades e que seja uma pessoa “acessível”, com quem eles podem estabelecer um relacionamento ao longo da vida. (21) Num estudo, realizado a 804 pacientes do comando dos cuidados de saúde das Forças Armadas Turcas, constatou-se que a maioria deles considera os seus médicos unicamente responsáveis por questões negativas relacionadas com os cuidados de saúde, acrescentando ainda o sentimento de perda da sua identidade individual perante os mesmos e ainda a sensação de serem vistos como “um simples objeto” aos olhos dos seus médicos. (41) Para tentar inverter a situação de uma relação médico doente muitas vezes fria, impessoal e desumanizada é fundamental recuperar os valores éticos, os direitos e deveres morais, assim como as virtudes. (34) Vários inquéritos de satisfação realizados em 2000 e em 2003 revelaram que os principais motivos de satisfação consistem na informação fornecida, na compreensão humana/interesse pelos problemas, na possibilidade de explicar os seus problemas/capacidade para ouvir e na competência (40). Trata-se, então, de uma etapa fundamental recuperar o cumprimento destes critérios de satisfação, no sentido de uma avaliação global mais positiva dos cuidados de saúde primários prestados. Para além disso, considera-se também importante aumentar o grau de confiança que os doentes depositam nos seus médicos, melhorando a avaliação deste parâmetro realizada em 2002 pelo inquérito *European Trusted Brands* que concluiu que as profissões nas quais os inquiridos declararam depositar muita ou bastante confiança são, por ordem decrescente de percentagem: pilotos de aviação (86%), farmacêuticos (85%), enfermeiros (82%), médicos (78%) e, por último, os políticos (7%). (40) Numa sondagem de 2000, 90% dos inquiridos entende que o Serviço Nacional de Saúde necessita de melhoramentos e que os culpados pela má qualidade dos serviços de saúde são, por ordem crescente de percentagem de inquiridos: os médicos (2%), o aumento das expectativas (2%), as pessoas que abusam dos serviços (3%), os diretores

(16%) e o governo (44%), sendo as avaliações negativas dos serviços do Estado (hospitais e centros de saúde) muito superiores às que merecem os serviços privados (farmácias, consultórios/clínicas médicas e centros de diagnóstico). (40)

O médico deve pautar a sua atividade por princípios de conduta profissional apropriada aos direitos e deveres estabelecidos, agindo de acordo com os princípios éticos inerentes à tradição da Medicina, consubstanciados no Código Deontológico, respeitando a vida humana e salvaguardando a sua dignidade. De acordo com o mesmo código os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça são considerados princípios éticos fundamentais e universais, que estruturam e tornam significativa a prática médica e a sua existência como profissão. (42)

Um estudo realizado por José Simões e José Martins revelou, entre outros resultados, que as atitudes éticas dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) não parecem ser influenciadas pelo género, idade ou anos de atividade mas que os médicos, em relação aos enfermeiros, parecem ter atitudes éticas mais firmes perante os direitos que visam a autonomia do paciente. (43) Para além disso, José Simões conclui também que os cuidados de saúde primários, quando comparados com os hospitalares, lidam com factos e valores distintos e, por vezes, de maior amplitude e complexidade, ainda que de menor dramaticidade, levando a que os dilemas nos centros de saúde se apresentem tipicamente de uma forma mais subtil, passando muitas vezes despercebidos. (7)

Tal como a tomada de decisões deve ser baseada na Medicina Baseada na Evidência, procurando pensar-se no diagnóstico dentro das doenças mais prevalentes com ênfase nos determinantes de saúde, também a relação médico-doente deve ser pensada sobre bases epistemológicas sólidas que permitam melhor compreensão e otimização da mesma. (44) A teoria Balint é considerada, para alguns autores e até aos dias atuais, como a única que se debruça sobre a relação MD. (44) No âmbito desta mesma teoria surgiram

os grupos Balint, constituídos essencialmente por MF mas, pontualmente também por outros profissionais de saúde envolvidos na atenção primária à saúde. Nestes grupos são discutidos casos clínicos, permitindo a circulação de emoções, dúvidas, decisões e responsabilidades, durante um processo de ensino-aprendizagem acerca da relação com o paciente. (44) Desta forma, os grupos Balint, enquanto instrumento de treino e aperfeiçoamento da relação médico-doente, têm interagindo com os novos contextos sociais e de prestação de cuidados de saúde, mantendo e progredindo na sua capacidade para suportar a atividade relacional dos médicos de Medicina Geral e Familiar. (45)

John Salinsky, um médico de família inglês, reconhece a importância destes mesmos grupos, considerando como benéfica a possibilidade de os médicos terem a oportunidade de falar sobre as suas relações com os doentes. Contudo, o mesmo autor aconselha que os líderes deste tipo de grupos prestem mais atenção às preocupações e angústias específicas dos jovens médicos de hoje, os quais têm grande dificuldade em se identificar com aqueles doentes que, por exemplo, os fazem sentir inferiores, inadequados e incapazes de ter alguma capacidade de persuasão perante os conselhos de vida que dirigem aos seus doentes. (46)



## A APLICAÇÃO DOS 4 PRINCÍPIOS NO DIA-A-DIA DO MÉDICO DE MGF

### 3.1– Princípio do respeito pela autonomia

O primeiro princípio do livro *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp e Childress, exige o respeito à autonomia, o qual implica o reconhecimento permanente de que as pessoas têm o direito de atuar em concordância com as suas próprias convicções, concepções, valores e crenças. (6) Este mesmo princípio pode ser formulado de uma forma negativa, segundo o qual “as ações autónomas não devem ser sujeitas ao controle exercido por outras pessoas” e de uma forma positiva que exige que o indivíduo seja respeitado e receba informações que o auxiliem na tomada de decisões, permitindo que as suas escolhas sejam autónomas. (6) Assim, para que um ato seja considerado autónomo, é necessário que seja precedido da informação necessária, exista capacidade e competência por parte do agente para o executar e ainda que esteja isento de coações internas ou externas e de fatores restritivos internos (senilidade, abuso de drogas, etc.) ou externos (restrições legais e técnicas) ao sujeito, que o impeçam de tomar a sua decisão de forma deliberada e consciente. (34) Para além disso, nenhum indivíduo pode ser considerado autónomo, se não tiver capacidade de reconhecer que é responsável pelas suas ações, tendo o dever de após reflexão prever os efeitos futuros das suas ações e agir com prudência, não esquecendo que vive num sistema de normas morais impostas pela sociedade, na qual o bem comum impõe limites às decisões livres dos indivíduos. (34)

Tal como é dedutível, a autonomia é um conceito filosófico controverso (47), de difícil definição, sendo abordado em diversas perspetivas por diversos autores. Daniel Serrão, analisa este conceito à luz de três perspetivas: neurobiológica, ética e jurídica. O mesmo autor, revendo a ética formal e abstrata kantiana que define autonomia como “independência da vontade relativamente a todo o desejo e a capacidade de a vontade se determinar em conformidade com a razão”, defende a abordagem do desejo, da vontade

e da razão como uma espécie de compartimentos que o Homem frequenta no seu quotidiano, quer como ser individual, quer como ser social. (48) Kant desenvolve, assim, um sistema de moralidade, segundo o qual as normas morais são impostas ao ser humano pela sua própria razão, consciência do dever e condição ontológica inerente à sua pessoa, e não por nenhuma outra instância externa a ele. (34)

Já numa perspetiva ética e, de acordo com o principialismo de Beauchamp e Childress, o princípio ético não é a autonomia mas sim o respeito pela autonomia de cada pessoa que surge como uma qualidade do ser humano e um dos suportes da dignidade humana, merecendo ser respeitada. (48) Para juristas como André Dias Pereira, autonomia é a “autodeterminação da pessoa com capacidade de julgamento e de discernimento”. Ainda ao mesmo nível, a autonomia é vista principalmente como um suporte formal à teoria da responsabilidade pessoal por atos ilícitos, impondo deveres jurídicos ao médico. (48)

O conceito de autonomia está também contemplado no Relatório de Desenvolvimento Humano de 2014, o qual salienta a necessidade de eliminar barreiras que impeçam as pessoas de usar a sua liberdade de agir e de escolha, no sentido de melhor desenvolvimento humano. (49) Este mesmo relatório, que defende que o progresso humano passa essencialmente por reduzir as vulnerabilidades e por reforçar a resiliência, salienta ainda a necessidade de “habilitar os desfavorecidos e excluídos a exercer os seus direitos, manifestar abertamente as suas preocupações, fazer-se ouvir e tornar-se agentes ativos na determinação do seu destino.” (49) A este nível estabelece-se também uma interface com o princípio da justiça, abordado adiante, no sentido em que para combater esta vulnerabilidade e permitir a escolha autónoma de decisões é necessário reduzir as desigualdades que se possam manifestar, entre outras dimensões, ao nível do acesso dos cuidados de saúde primários, a fim de aumentar as capacidades e as possibilidades de

escolhas de todos, numa sociedade com igualdade de oportunidades. Um documento de extrema importância neste contexto é a Declaração de Barcelona a qual identifica a autonomia, a dignidade, a integridade e a vulnerabilidade como os quatro princípios éticos básicos importantes na Bioética e no Biodireito Europeu (50) e que devem ser considerados como normas éticas e legais orientadoras da relação médico-doente na prática clínica. (51) Fazer com que o paciente se sinta respeitado, ou valorizado como pessoa, é uma tarefa multifacetada que incorpora não só o reconhecimento da sua autonomia, mas também noções de empatia, cuidado, individualidade, dignidade, atenção às necessidades e disponibilização da informação necessária. (52)

Esta ideia de respeito pela autonomia do doente tem a sua primeira grande formulação na Declaração de Nuremberga de 1947, orientadora das normas éticas a adotar no decurso da experimentação humana; posteriormente surge em 1964 a Declaração de Helsínquia, também dedicada à experimentação em seres humanos, a qual recomenda, entre outros aspetos, a prestação do consentimento por escrito; atualmente, o tema do consentimento informado é incluído nas legislações nacionais, nos códigos de conduta dos médicos e em diversas declarações e convenções no âmbito da Bioética. (34)

No universo dos cuidados de saúde, a regra bioética mais importante decorrente do princípio do respeito pela autonomia consiste na requisição do consentimento informado dos doentes, em relação a atos médicos que lhe sejam propostos. (46,47) Na época do paternalismo hipocrático o consentimento presumia-se pelo simples ato de procura, não tendo o doente outra autonomia que não fosse a de acolher as decisões do seu médico. (34) Contudo, após a segunda metade do século XX, começou a contestar-se o paternalismo médico e a destacar-se o princípio do respeito pela autonomia, tendo o médico que respeitar a vontade do indivíduo e requerer o seu consentimento, no contexto de um relação médico-doente horizontal, na qual o diálogo permite a obtenção da verdade

e do esclarecimento inerentes à obtenção do consentimento. (34) Porém, não se pode ignorar a condição de vulnerabilidade do papel de doente, reconhecendo sempre, tal como referida por Pellegrino, uma relação de desigualdade que requer que, na grande maioria das situações, o equilíbrio seja atingido na obliquidade. (4) Para Arthur Caplan, para que os serviços de saúde sejam eficazes, não é necessário fortalecer ainda mais a autonomia, mas sim aplicar a experiência baseada no paternalismo, tomando mais em consideração a voz daqueles que são experientes e especialistas e que conhecem melhor as consequências prováveis de escolher ou não escolher um determinado modo de ação. (54)

Segundo António Vaz, o consentimento informado, no contexto da prática de um médico de família, constitui uma oportunidade renovada de promover a relação médico doente e a participação dos doentes no processo de decisão, permitindo que estes atuem como um agente ativo, funcionando como um parceiro no processo terapêutico e no processo de saúde. (55) Para que tal ocorra, o mesmo autor reforça a importância de evitar a todo o custo que esta obrigação ética se transforme num ato burocrático administrativo, alertando para a necessidade de competências e aptidões de comunicação por parte do profissional de saúde, de modo a proporcionar aos doentes a informação adequada e apropriada. (55)

Assim, e de acordo com Beauchamp e Childress, o consentimento informado implica o cumprimento de três componentes nomeadamente: as pré-condições, incluindo a competência (enquanto capacidade de compreender e decidir) e a voluntariedade (na decisão); a informação, que compreende a explicação (do material de informação), a recomendação (de um plano de tratamento) e a compreensão da informação e da recomendação proposta; e a decisão do consentimento, que abrange a decisão (a favor do plano de tratamento) e a autorização (do plano escolhido). (56) No âmbito da compreensão da informação dada pelo médico, a revisão bibliográfica efetuada por certos

autores revela a frequente discrepância entre a informação terapêutica fornecida ao utente e a sua perceção desta. (38) Ainda dentro do componente da informação, necessária à prática do consentimento informado, surgem o princípio da veracidade e da honestidade, segundo os quais o doente tem o direito de conhecer a verdade sobre os testes ou os tratamentos a que é submetido, (24) para que então, na posse de toda a informação necessária e pertinente, possa decidir em plena consciência. Mesmo em casos de menoridade ou de deficiência, em respeito pelo princípio da autonomia da pessoa, deve ser dada adequada informação e considerado, com razoabilidade, o direito do próprio à recusa de tratamentos ou exames. (53)

A generalização do uso do consentimento informado implica, necessariamente, o (re)conhecimento do conceito de confidencialidade e sigilo médico, o qual requer que o profissional de saúde não revele aos outros a informação privada adquirida ao longo dos cuidados de saúde prestados aos seus doentes. (47) A confidencialidade assenta essencialmente sobre três pressupostos: autonomia, respeito pelos outros e confiança, sendo este último um dos aspetos essenciais da relação médico-doente. (57) A participação de terceiros (incluindo familiares, estudantes, internos ou ajudantes de consultório) nesta relação é particularmente frequente na consulta de MGF. (29) Se, em alguns casos a participação de outros membros da família, que acompanham o doente à consulta, pode melhorar a compreensão do problema do paciente e ajudar a que este entenda melhor o diagnóstico e o tratamento, (58) noutras situações pode colocar em causa o contexto necessário a um ambiente de privacidade e confidencialidade esperado pelo doente. Quando o doente recusa a participação de um membro da sua família na consulta, o médico só pode revelar ao familiar do mesmo a informação que o paciente em causa permitir (a menos que este se encontre incapacitado). (58)

No que diz respeito ao tratamento de vários membros da mesma família, pelo mesmo médico de família, as opiniões divergem. Para Philippe Karazivan, a prática de tratar famílias inteiras é benéfica, pois permite uma abordagem mais integral, na qual o médico está mais consciente e conhece melhor o contexto familiar, ajudando na compreensão das experiências, sintomas, ideias, valores e crenças dos seus pacientes. (59) Segundo o mesmo autor, a única razão para recusar tratar-se uma família inteira seria porque a própria família o recusaria, o que raramente acontece. (59) Numa abordagem diferente da mesma questão, Charles Pless, reconhece também a importância de conhecer alguma informação sobre a família dos seus pacientes, mas defende a ideia que o tratamento de toda a família não deve ser visto como uma obrigação e que cada médico deve preocupar-se em tratar o seu paciente de forma individual sem claro descorar o contexto multidimensional em que este se encontra inserido, incluindo a família. (60) O mesmo autor refere ainda que o tratamento de todos os membros da mesma família pode acarretar dilemas como o da confidencialidade e o de conflitos de interesse. (60)

O dever do médico em manter a informação confidencial do paciente tem sido a pedra angular da ética médica, desde o tempo de Hipócrates, estando contemplado no seu Juramento de uma forma absoluta não recetiva a exceções. (57) Contudo, códigos mais recentes como o Código Internacional de Ética Médica e a Declaração sobre os Direitos do Paciente, rejeitam essa abordagem absolutista da confidencialidade, dando espaço a algumas exceções da prática médica, que permitem uma violação justificada da confidencialidade, nomeadamente quando há uma ameaça real e iminente de danos para o paciente e/ou para outros, como acontece nos casos de indivíduos VIH positivos que se recusam informar a pessoa em risco, manifestando a intenção de continuar a ter relações sexuais desprotegidas com o cônjuge ou outros parceiros; quando os pacientes não têm capacidade para tomar as suas próprias decisões médicas, dependendo estas de alguém

que as tome em seu nome e para seu cuidado; quando os descendentes podem ter o direito de acesso à informação da causa de morte do seu familiar, que iria informá-los sobre os riscos para a sua saúde; e quando se refere ao cumprimento de requisitos legais com base em leis existentes que exigem a comunicação obrigatória de pacientes que sofrem de determinadas doenças, aqueles considerados não aptos para conduzir e ainda os suspeitos de maus tratos ou abuso sexual de crianças. (57)

Segundo Alberto Hespanhol, “uma das características mais peculiares da Medicina Geral e Familiar, e que a distingue de outras especialidades, é a tensão moral provocada pelo cerne da sua missão, ou seja o comprometimento por um lado com o paciente, como um indivíduo, e por outro com a família, como uma unidade de cuidados”. (31) Para além dos exemplos referidos anteriormente, esta tensão moral ocorre também frequentemente no dia-a-dia do médico de família quando este tem conhecimento da existência de mulheres ou idosos maltratados na família, de estilos de vida nocivos como o alcoolismo, a toxicodependência ou a prostituição. (31) Perante estas situações que coloquem em conflito o bem-estar de uns em detrimento da autonomia de outros membros da família, que possuem o mesmo médico, existem então algumas condições que justificam a quebra de confidencialidade: se um sério dano físico a uma pessoa identificável e específica tiver alta probabilidade de ocorrência; quando um benefício real resulta dessa quebra de confidencialidade; e quando for o último recurso, após ter sido utilizada a persuasão ou outras abordagens. (10) Assim, os médicos devem olhar de forma crítica qualquer exigência legal de violação de confidencialidade e assegurar-se que esta é justificada, antes de aderirem a ela, tomando consciência de que a violação da mesma pode entrar em conflito com o respeito pelos direitos humanos que está subjacente à ética médica. (57) Torna-se, cada vez mais, fundamental a consciencialização e a aquisição de formas de atuação aceitáveis, de acordo com a consciência ética de cada um.

Concluindo, em bioética clínica, o direito à autonomia vai muito para além da liberdade de escolha, podendo entrar em conflito com as obrigações dos profissionais de saúde em procurar o bem dos seus pacientes, podendo ser legitimamente limitado pelo respeito por outros valores, inerentes a outros princípios da bioética, nomeadamente o da beneficência e o da justiça. (34) Segundo Roque Cabral, citado por Margarida Silvestre, “não sendo a autonomia um valor absoluto, também o princípio que impõe o seu respeito não é incondicional”. (34)



### 3.2 – Princípios da não maleficência e da beneficência

Apesar de serem considerados como dois princípios distintos perante o principialismo bioético, considera-se que na prática clínica estão intimamente relacionados tendo-se optado, por essa razão, pela sua abordagem conjunta.

Nos cuidados de saúde, não é incomum ver-se as palavras “*primum non nocere*: “Em primeiro lugar, não causar dano”. (61) Esta máxima representa, em apenas quatro palavras, o princípio ético da não maleficência habitualmente considerado como o principal princípio ético na prática clínica (34) e que possui uma longa tradição na ética médica pois tem as suas origens no Juramento Hipocrático, ainda hoje, seguido por todos os médicos. (6,61) Durante a época do clássico paternalismo, em que o médico agia como um pai e o doente como um filho, numa relação vertical, o médico tinha o dever de tratar os seus doentes o melhor que sabia e podia, seguindo as *legis artis* e regendo-se essencialmente pelos princípios hipocráticos da beneficência e da não-maleficência. (34) Também Paracelso, que viveu de 1493 a 1591, sendo considerado por alguns, o mais genial dos médicos depois de Hipócrates, (62) considerava que “os melhores médicos são os que provocam menos dano”. (63)

Tal como o princípio da autonomia, também o princípio da não maleficência apresenta duas formulações: uma negativa, que dita que “não se deve causar dano ou mal” e outra positiva que, para Beauchamp e Childress, constitui o princípio da beneficência o qual admite três formulações: “deve prevenir-se o dano ou o mal”; “deve evitar-se ou recusar o mal” e “deve fazer-se ou promover o bem”. (6) No principialismo, apesar dos princípios possuírem um caráter *prima facie* e de não existir qualquer hierarquia entre eles, a forma negativa é predominante, pois o dever de não causar dano parece ter maior peso moral do que um imperativo de beneficência. (6,47) Deste modo, deve-se primeiro prevenir um dano para, depois, promover um bem. (6) Por vezes, é necessário algum tipo

de dano para obtenção de um bem maior, como por exemplo no caso da amputação de um membro inferior em gangrena, para preservar a vida do doente. (34) Este mesmo princípio pode justificar uma atitude paternalista por parte do médico quando o doente, pela sua idade, incapacidade ou estado clínico não se encontra capaz de uma escolha autónoma. (47) António Lourenço considera que, nos dias de hoje, uma situação de urgência/emergência será das únicas onde o modelo paternalista clássico (hipocrático) poderá ter aplicabilidade. (35)

Os mesmos autores do princípalismo bioético sugerem que há dois princípios de beneficência: a beneficência positiva, que determina que se aja promovendo o bem, e a utilidade que requer que o agente moral pondere os riscos e benefícios de uma determinada ação, encontrando um equilíbrio entre estes. (6,61)

A prevenção constitui uma das linhas de atuação da MGF. Leavell e Clark, classificaram as ações preventivas em prevenção primária, que envolve medidas como a imunização, que atuam antes do adoecimento e impedem a ocorrência de doenças; a secundária que acarreta ações como os rastreios, voltadas para o diagnóstico e tratamento precoces; e a terciária que visa a reabilitação em casos de doença ou lesão já estabelecida (64). Existe ainda um nível de prevenção quaternária também designada por prevenção da iatrogenia. (24) Quando o paciente se encontra com boa saúde ou se sente saudável e o seu médico não encontra nada de errado com ele, surge o contexto ideal para empregar uma atitude preventiva primária, tal como a imunização ou a educação em saúde.

A vacinação é uma das medidas preventivas mais benéfica e eficaz (65). A vacinação pode salvar vidas (66) e tem também como objetivo melhorar a qualidade de vida, quer a nível individual, quer a nível da Saúde Pública, promovendo a saúde e o bem-estar da humanidade. (67) A avaliação de 2014 do Plano Nacional de Vacinação (PNV) concluiu, entre outros aspetos, que as coberturas vacinais na infância, nas coortes

avaliadas, se mantêm elevadas, atingindo os níveis adequados para conferir imunidade de grupo e que as elevadas coberturas vacinais obtidas resultam da existência de um programa de vacinação solidamente implantado, do empenho mantido dos profissionais envolvidos na vacinação e da adesão e confiança da população no PNV (68). De acordo com os dados do Relatório de Desenvolvimento Humano 2014, Portugal apresenta 1 a 3% de crianças de 1 ano com imunização insuficiente, sendo que o valor percentual mais elevado se refere à imunização contra o sarampo. (69) Estes valores são inferiores às médias calculadas para todo o mundo, o que nos permite aferir que Portugal apresenta uma boa cobertura vacinal. Resultados como os referidos anteriormente comprovam que o PNV Português tem sido um êxito (65) e que há uma constante preocupação com o bem-estar de cada indivíduo e da população em geral, cumprindo os princípios da beneficência e da não-maleficência, para além do princípio da justiça, abordado na secção seguinte.

Ao nível da prevenção secundária, o rastreio tem vindo a ocupar um lugar de destaque, através da realização de questionários, exames ou investigação de indivíduos assintomáticos com o fim de determinar a presença ou ausência de doença (31), constituindo uma atividade de diagnóstico pré-sintomático, com o objetivo de selecionar os indivíduos que poderão usufruir de intervenções cujo benefício potencial seja maior que o dano potencial, constituindo também uma tentativa de reduzir a morbimortalidade atribuída à condição a ser rastreada. (64) A este nível, surgem alguns conflitos, principalmente entre o princípio da beneficência e o da não maleficência, levantando-se questões como: Até que ponto vai o benefício dos rastreios? Que casos justificarão a sua aplicabilidade? Quais os limites da sua utilização? Quais as implicações dos falsos-positivos e dos falsos-negativos no bem-estar do doente? Estas serão algumas das questões abordadas de seguida.

O rastreio tanto pode ter uma abordagem individual, o chamado rastreio personalizado, voltado para a população de alto risco, como também pode assumir uma abordagem a nível das populações, o designado rastreio de massas. (31,64) Segundo alguns autores, a abordagem populacional, ao reduzir o risco geral quando este está distribuído na população, permite uma prevenção de forma mais efetiva e sem os inconvenientes da abordagem de alto risco, considerada por Rose como comportamentalmente inadequada e pouco eficaz, limitada e desapontadora. (64) Para profissionais como os médicos de família, que têm um olhar na saúde pública, cujo “doente” é toda a população sob os seus cuidados, e não somente um indivíduo como entidade individual e destituída do seu contexto social, há especial interesse em saber sobre os riscos e benefícios globais, e não somente se existe uma possibilidade teórica de algumas pessoas serem beneficiadas, (64) devendo a decisão do médico de família balancear entre os benefícios e os riscos de determinada intervenção, quer em termos individuais, quer em termos populacionais.

Segundo Starfield e colaboradores, quase metade dos atendimentos médicos norte-americanos são consultas de *check-up*. (64) No contexto dos rastreios oportunistas, que dominam a cultura da profissão médica e dos serviços de saúde, e que são realizados por motivos diversos, incluindo a pedido dos doentes, ou para prevenção (*check-up*), alguns autores defendem que este tipo de atuação deve ser progressivamente desencorajada pois, para além de mais dispendiosa, de mais difícil avaliação, mais iatrogénica e de maior risco de *overdiagnosis* e *overtreatment*, implica grande volume de tempo profissional gasto em atendimentos preventivos, o que pode gerar iniquidades no acesso ao cuidado (64), colocando em causa o princípio da justiça. Neste âmbito, existem estudos que revelam desigualdades económicas no uso dos cuidados de medicina preventiva, nomeadamente nos rastreios oncológicos, identificando-se maior utilização

destes procedimentos pelas classes socioeconómicas mais favorecidas, particularmente em relação à utilização de mamografia no rastreio do cancro da mama e à realização da citologia cervicovaginal no rastreio do cancro do colo do útero. (24) Ou seja, a população socialmente mais desfavorecida é aquela que estará em maior risco de saúde, mas também aquela que utiliza menos estes rastreio, o que revela que a igualdade de acesso à prevenção, que tem sido identificada como uma das prioridades da saúde pública pela OMS, (24) não está a ser concretizada na íntegra.

Na prática clínica de um médico de família a complexidade ética inerente ao processo de rastreio surge em diversas situações, incluindo ao nível do rastreio da diabetes, da hipertensão, da dislipidémia, do cancro da mama, do cancro da próstata e ao nível da realização de uma ecografia total do abdómen por sintomas inespecíficos, só com a finalidade de tranquilizar, entre outros. (64) Outra situação também frequente em MGF é o rastreio pré-natal de Síndrome de Down, o qual para além de envolver decisões com base num eventual equilíbrio entre o princípio da beneficência e o da não maleficência, envolve também muitas questões éticas relacionadas com a aplicação do princípio da autonomia, numa relação estabelecida entre a grávida e o seu médico de família. (70)

Se a proposta é intervir em pessoas previamente saudáveis, é fundamental ter-se a certeza que a intervenção produzirá mais benefícios do que malefícios, o que nem sempre é fácil de garantir dada a heterogeneidade e a imprevisibilidade da história natural da doença e a complexidade inerente ao processo de rastrear, muitas vezes realizado como uma intervenção “no escuro”. (64) Na prática da MGF existem diversos exemplos nos quais dois dos princípios da ética médica, a beneficência e a não maleficência, podem apontar para decisões opostas, cujo equilíbrio pode dificultar a decisão na prática clínica (24). Entre eles incluem-se o desconforto físico provocado pelo rastreio ou atitudes praticadas no seguimento do resultado obtido; (64) a identificação de cancros sem

relevância clínica; os efeitos psicológicos e as implicações sociais provocados nas pessoas assintomáticas (por exemplo, quando estas, após a realização do rastreio passaram a ser catalogadas como doentes); e ainda a possibilidade de obter um resultado falso positivo (24). Ou seja, a realização de um teste de rastreio pode gerar ansiedade desnecessária no paciente, para além de poder representar situações que, caso seguissem um curso natural, não viriam a desenvolver-se entidades clínicas, revelando a realização desnecessária deste mesmo teste, visto que da sua realização não resultaram benefícios superiores aos danos causados, antes pelo contrário. Neste contexto, alguns autores, citados por Alberto Hespanhol e colaboradores, recordam que os fins não justificam os meios, não devendo ser considerados como éticos os métodos preventivos que provoquem certo grau de ansiedade na população. (24) Para além disso, expor o doente a potenciais riscos que não tragam benefícios maiores ou realizar rastreios de doenças para as quais ainda não existem tratamentos comprovados é eticamente injustificado. (31)

A garantia e a segurança na relação benefício-risco da aplicação do rastreio são fornecidas por evidências científicas apropriadas, de boa qualidade e atualizadas, encontradas ao nível da Medicina Baseada na Evidência, cujos ensaios clínicos aleatorizados constituem o chamado *gold-standard* em termos de estudos que medem os riscos e benefícios da intervenção. (64) Tendo em conta que o processo de rastrear, além de tratar potenciais doenças, também pode criar outras novas doenças, torna-se então imperativo que os programas de rastreio sejam entendidos como um problema de saúde pública e que sejam regulamentados pelos órgãos competentes dos ministérios de saúde de cada país, formando-se programas organizados de rastreio, aplicados apenas àqueles cujos benefícios resultantes da intervenção aparentam ser superiores aos riscos atribuídos à mesma, e sendo sujeitos a um controle e avaliação da qualidade em cada etapa do seu processo. (64) Assim, para que um teste de rastreio possa ser aplicado, deve existir um

tratamento acessível e aceitável em termos de efetividade, morbidade, riscos e custos e a sua aplicação deve resultar na redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida das populações. (24) Para além disso, antes da realização do rastreio deve ser feito aconselhamento informado e ações subsequentes, pois o diagnóstico de doença por rastreio pode ter potenciais impactos psicossociais, podendo ser necessário aconselhamento adequado após o diagnóstico. (24)

Na opinião de alguns autores, devido à sua alta complexidade, dificuldade de avaliação, vieses envolvidos e ao rigor ético inerente ao caráter de intervenção potencialmente danosa em pessoas saudáveis, apesar de ser um dos componentes da APS este não será o meio de abordagem mais prioritário dos médicos de família, devendo privilegiar-se em relação a estes outros ingredientes fundamentais da MGF como: o cuidado integral longitudinal, acessível, personalizado, de boa qualidade, e voltado para a família e para a comunidade; a promoção da saúde e a prevenção da doença, todos permeados pelo espírito da prevenção quaternária e da promoção da saúde. (64)

Surge então, no âmbito da aplicação dos testes de rastreio e, em plena relação com o princípio da autonomia, a prevenção quaternária, também designada por prevenção da iatrogenia, que visa, por um lado, evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico associado a atos médicos inapropriados, como intervenções diagnósticas e terapêuticas, cada vez mais numerosas e invasivas; e por outro lado, fornecer aos utentes a informação necessária para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e as desvantagens dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos. (24) Este nível de prevenção deve permear todas as práticas assistenciais de cuidado, promoção, educação e prevenção (64), sendo regido essencialmente pelos princípios da beneficência (agir no melhor interesse do doente) e da não maleficência (não provocar danos no paciente) (24), envolvendo a aplicação das diretrizes da Medicina Baseada em

Evidências (71) e o estabelecimento de uma relação pautada pelo respeito e pela confiança e ainda por dois princípios éticos: o princípio da precaução («*primum non nocere*») e o princípio da proporcionalidade. (24) Assim, a prevenção quaternária é um termo novo para um conceito antigo: “primeiro, não causar dano”, cujos limites e questões éticas são respondidos através do prisma da relação médico-paciente. (71) Atualmente, considera-se que o modelo centrado no paciente/beneficência em confiança, constitui a forma de relacionamento mais adequada à prática clínica, particularmente em MGF, traduzindo a aplicação do conceito de decisão partilhada (35) como forma de ir ao encontro do melhor benefício e menor dano para o paciente, respeitando sempre, dentro dos limites possíveis, a autonomia de ambas as partes envolvidas nesta relação de confiança.

A referenciação dos utentes é a chave-mestra da continuidade de cuidados, um conceito intimamente relacionado com a MGF. (72) Num estudo designado de “A voz dos utentes dos Centros de Saúde”, realizado em 2001, pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) em parceria com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), a maioria dos utentes, a nível Nacional, forneceu uma avaliação positiva dos cuidados de saúde primários, referindo a cooperação e continuidade dos cuidados e a Organização dos Serviços como os aspetos mais suscetíveis de insatisfação. (40). É sabido que Portugal apresenta dos piores resultados em termos de troca de informação entre os dois níveis de cuidados de saúde, existindo múltiplas falhas durante este processo de referenciação que levam a consequências como duplicação de exames, atrasos de diagnósticos e de tratamentos, acréscimo global de despesas, assimetrias injustificadas na alocação de recursos, dificuldades de incluir os doentes no processo de decisão e participação no tratamento, entre outras possíveis. (72) Sendo o Médico de Família quem faz a avaliação inicial da situação e quem, na maioria das vezes, decide qual a forma como o doente irá ser orientado através do Sistema de Saúde, este



possui grande responsabilidade a este nível, tendo o dever de evitar a desarticulação entre os diferentes médicos e níveis de cuidado, a fim de diminuir os custos em saúde, a insatisfação profissional e, acima de tudo, os danos para a saúde dos utentes, salvaguardando sempre os princípios da beneficência e da não maleficência. (72) A desarticulação de cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e os Secundários gera uma utilização ineficiente dos recursos, levando ao aparecimento das listas de espera na área da consulta externa, o que diminui a qualidade dos cuidados de saúde prestados. (72) Ainda ao nível do processo de referenciação é de salientar a importância do cumprimento do princípio da justiça, o qual é violado em várias circunstâncias. Por vezes, após referenciação, os cuidados secundários são tão inacessíveis que colocam os pacientes em desvantagens tão marcadas que o direito à igualdade no acesso aos cuidados de saúde é defraudado. (72)

Por fim, tendo em conta o princípio da não maleficência como um dos princípios básicos da medicina, no âmbito da realização deste trabalho, torna-se também importante fazer uma breve referência a questões relacionadas com o erro médico e com a segurança dos doentes. Este princípio que se traduz por “Não causar dano”, reconhece o potencial para provocar danos que toda a medicina apresenta, incluindo na área de MGF, cujos profissionais desenvolvem uma tarefa complexa num ambiente por vezes hostil que, segundo John Yaphe, pode levar a resultados indesejados resultantes de más decisões, falhas técnicas ou, por vezes, má sorte. (73) Ou seja, os mecanismos dos acidentes em Saúde englobam fatores humanos e de equipa, fatores organizacionais, fatores de ambiente e o acaso, que aliados à complexidade das tarefas realizadas, condicionam a *performance* dos profissionais de saúde. (74) Entre as diversas características dos cuidados em MGF que predisõem à ocorrência de falhas destacam-se os ambientes de trabalho incertos e em constante mudança, as múltiplas fontes de informação por vezes

contraditórias, as imprecisões, a necessidade de processar informação atualizada em circunstâncias e situações que mudam rapidamente, a presença da incerteza no diagnóstico, a importância de atuar por vezes de forma imediata, os momentos de intenso stress intercalados com longos períodos de atividade rotineira e repetitiva, a variabilidade individual e o ambiente de trabalho altamente influenciado por normas grupais e pela cultura organizacional ou falta dela. (75) Apesar de se dizer na gíria que “Errar é humano”, (73) para a sociedade em geral a medicina tudo pode e a todo o momento, sendo muito difícil minimizar a gravidade social do erro médico que, ocorrendo como uma falha do médico no exercício da sua profissão, apresenta como que uma proibição formal face à natureza própria do seu trabalho e do seu objetivo de restabelecer a saúde, lidando com o *bem* mais precioso para a pessoa humana: a *vida* (76).

De acordo com conclusões do *Harvard Medical Practice Study* e da publicação ‘To Err is Human’, analisadas num trabalho de José Fragata, mais de metade dos erros que ocorrem em todas as áreas do Sistema de Saúde seriam evitáveis. (74) Tendo em conta dados como estes, torna-se cada vez mais fundamental implementar e promover uma Cultura Organizacional de Segurança que englobe a identificação, notificação, análise individual e em grupo e a divulgação interpares de soluções para eventos adversos (danos, quase-falhas, incidentes, acidentes ou erros) ocorridos na prática diária, no sentido de garantir a segurança dos doentes, um dos indicadores de Qualidade em saúde. (74,75)

### 3.3 – Princípio da justiça

O quarto princípio, mas não menos importante, de Beauchamp e Childress, é o princípio da justiça. Esta engloba diversas formas, sendo que a da justiça distributiva é aquela que apresenta maior relevância nos assuntos bioéticos, relacionando-se com uma distribuição igual, equitativa e apropriada, de todos os direitos e responsabilidades na sociedade, sendo determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social. (6,47) Assim, o princípio da justiça/equidade representa a preocupação com a distribuição equitativa dos escassos recursos do sistema de saúde. (24) Neste contexto de justiça distributiva, uma gestão de recursos escassos pode levar a que o princípio da justiça ponha em causa o princípio da beneficência, na medida em que pode privar certos doentes de receber um tratamento específico para uma doença grave, em detrimento da distribuição dos recursos económicos disponíveis por setores considerados de atuação menos urgente, como é o caso da realização de exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes, incluindo análises ditas de rotina, repetição de radiologias ou ecografias (por exemplo, com o suposto intuito de monitorizar uma patologia ou determinada malformação anatómica – muitas vezes sem verdadeiro significado clínico) e ainda pedido de realização de exames como TAC ou RMN. (35) Estes pedidos, apesar de transmitirem ao doente o seu empoderamento («*empowerment*») e capacitação, interrelacionados com maior capacidade de escolha e decisão da parte dos doentes (35) acabam, por vezes, por refletir a prática de uma medicina defensiva, para salvaguardar os médicos de eventuais processos de responsabilidade médica, principalmente na área judicial. Esta medicina defensiva, caracteriza-se pela utilização exagerada de exames complementares, pelo uso de procedimentos terapêuticos supostamente mais seguros, pelo encaminhamento frequente de pacientes a outros especialistas (o processo de referenciação já discutido) e pela recusa ao atendimento de

pacientes graves e com maior potencial de complicações, constituindo, para alguns autores, um desvio da prática médica sensata e que, para além de ser ineficiente em proteger o médico, acarreta consequências graves ao paciente e à sociedade, pois gera um custo adicional incalculável ao exercício da medicina, determina maior sofrimento ao doente e faz com que haja deterioração na relação médico-paciente, a qual deve ser positivamente cultivada em detrimento da prática de uma medicina defensiva. (77)

Assim, perante um pedido de testes ou tratamentos, uma das primeiras questões com que o clínico se deve debater com a decisão a tomar é não enveredar de imediato pela rejeição do solicitado, mas tentar compreender o verdadeiro significado do pedido, num modelo de decisão partilhada (co-decisão), que comporta a autonomia de ambos (médico e doente), sem desviar a responsabilidade clínica para os ombros do doente numa tentativa, mal orientada, de respeitar a autonomia do doente. (35)

A este nível, o médico deve aprender a balancear a sua responsabilidade para com o doente individual com a sua responsabilidade social, devendo incluir nas suas considerações o uso apropriado dos recursos sociais que tem ao seu dispor. (35) Oliver e Evans, ao analisarem o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, salientam o papel dos médicos de família como “decisores sociais”, que gerem a repartição equitativa dos cuidados de saúde, defendendo também a necessidade de uma responsabilidade social de ambas as partes, ao invés da ênfase na decisão individual de cada doente. (78) Também Weale, no contexto do racionamento e qualidade em saúde, refere a existência de vários dilemas éticos tais como conflitos entre a ética médica tradicional de tratar os que têm mais necessidades e os imperativos político-administrativos em utilizar adequadamente os recursos financeiros em cuidados de saúde (como por exemplo se o médico deve indicar um procedimento dispendioso a um paciente, quando as circunstâncias sugerem que os benefícios são incertos ou alcançáveis a um custo muito elevado); conflitos entre

a eficiência, a eficácia e a equidade na distribuição de recursos pelos diferentes serviços (como por exemplo entre os Centros de Saúde e os Hospitais ou entre as diversas especialidades de um mesmo Hospital) e ainda conflitos entre a noção de cidadania, a distribuição dos recursos necessários para os cuidados de saúde em comparação com outras áreas sociais e o balanço entre o planeamento dos cuidados coletivos de saúde e o papel da livre concorrência do mercado. (31)

Neste âmbito, torna-se imprescindível o conceito atual da Qualidade em Saúde, a qual visa satisfazer as necessidades dos que mais necessitam do serviço, ao mais baixo custo, e respeitando os limites e diretivas da profissão e do contratante (24,31), sendo as necessidades definidas não só pelos utentes, mas também pelos profissionais, tanto a nível individual como a nível populacional. (31) É então necessário ter em linha de conta que um serviço de Qualidade não é aquele que vai ao encontro das necessidades dos seus clientes a qualquer custo, mas sim aquele que usa os recursos da maneira mais eficiente possível, a fim de compatibilizar as exigências, por vezes antagónicas ou conflituosas, entre as três dimensões diferentes: qualidade para o cliente, qualidade profissional e qualidade de gestão. (31)

De entre os valores e princípios apresentados no Plano Nacional de Saúde (Revisão e Extensão a 2020) encontra-se a redução das desigualdades em saúde, como base para a promoção da equidade e justiça social, sendo proposto, entre outros aspetos, o reforço do acesso equitativo ao programa nacional de vacinação, programas de rastreio e outros programas de prevenção da doença relacionados com fatores de risco, especificamente tabaco e obesidade infantil. (79)

No âmbito dos cuidados de Medicina Preventiva, tal como já referido, surge a vacinação como forma de prevenção primária da doença, a qual é assegurada por um PNV universal, gratuito, seguro, custo-efetivo e acessível a todas as pessoas presentes em

Portugal, constituindo um direito básico de todos os cidadãos e sendo regularmente revisto e atualizado pela DGS em função das vacinas disponíveis, da frequência e distribuição dessas doenças no nosso país, e da evolução social e dos serviços de saúde.

(66) As vacinas que integram o PNV são as vacinas consideradas de 1ª linha, isto é, comprovadamente eficazes e seguras e de cuja aplicação se obtêm os maiores ganhos em saúde. (66) Contudo, algumas das vacinas não incluídas no PNV, embora confirmem proteção a quem as toma, não demonstraram, até à data, proporcionar tantos ganhos na saúde da população como as do PNV (66), sendo denominadas de vacinas extra-PNV. A este nível, uma das atualizações mais recente do PNV foi a introdução da vacina conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (Pn13), a qual está disponível desde o dia 1 de Julho de 2015 para ser administrada, de forma gratuita, a todas as crianças nascidas desde 1 de Janeiro de 2015. (80)

Ao nível do princípio da justiça, por vezes surgem desigualdades a diversos níveis que inviabilizam o acesso equitativo de toda a população às vacinas extra PNV. Num estudo no qual se procedeu à revisão das características socio-demográficas e do estado vacinal de 418 crianças de um centro de saúde urbano do Porto, identificaram-se como fatores associados ao não cumprimento do PNV e das vacinas pneumocócica e contra o rotavírus: classe social desfavorecida (classes Graffar IV e V), etnia cigana, filhos de pais desempregados ou mães adolescentes (idade inferior a 18 anos), menor escolaridade dos pais e crianças com menor número de consultas efetuado. (65) Principalmente no âmbito das vacinas extra PNV, as desigualdades sociais poderão surgir e os pais poderão ver a sua motivação para a vacinação inviabilizada pela situação económica, devendo promover-se uma decisão conjunta (médico/pais) consciente e não recriminatória, permitindo aos pais expressarem as possíveis limitações económicas e orientando-os na

otimização do investimento económico e adaptando-o às necessidades e disponibilidades individuais. (65)

De um modo geral, o PNV pretende, então, a administração das vacinas a toda a população, sem olhar a classes sociais (justiça social) para proteger a população de doenças mais graves (beneficência), ponderando sempre a relação benefícios/riscos (não maleficência) e informando adequadamente quem vai receber estes cuidados, ou os seus representantes/familiares, no sentido de obter o consentimento informado por parte dos mesmos (autonomia). (24) A vacinação constitui, então, um dos exemplos que demonstra a aplicação dos princípios da bioética em MGF, sendo necessário abordá-los com um carácter geral e de interligação e impossível refletir acerca dos mesmos como se de entidades individuais se tratassem.

Ainda ao nível da Medicina Preventiva podem surgir outras situações em que o princípio da justiça é posto em causa, nomeadamente quando alguns testes ou terapêuticas preventivas não são acessíveis a toda a população e quando não são sustentáveis para o serviço de saúde, colocando em risco a prestação de cuidados a outros níveis. (24)

Um dos aspetos centrais defendido no Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 consiste na convicção de que “assiste a todos o direito à educação, cuidados de saúde e outros serviços básicos” e que a concretização deste princípio de universalidade, na prática, exige atenção particular aos grupos mais vulneráveis, incluindo as crianças, os adolescentes e os idosos, acrescentando ainda que “esta premissa implica dispensar um tratamento diferenciado e seletivo aos sectores mais carenciados ou historicamente desfavorecidos, mediante a afetação de um de volume de recursos e serviços proporcionalmente maior aos pobres, aos excluídos e aos marginados”. (49) Também o conceito de vulnerabilidade, consagrado por Kemp e Rendtorff, implica constatar que algumas pessoas (deficientes mentais, doentes idosos, crianças, etc.) estão

particularmente fragilizadas, ao ponto de a sua integridade física ou psicológica estar ameaçada. (15) A capacidade de saber lidar com esta vulnerabilidade, existente a diversos níveis e de, ao mesmo tempo, não descurar a aplicação de uma justiça distributiva constitui então mais um dos campos de atuação e ponderação do MGF, no qual poderão surgir vários dilemas bioéticos, nomeadamente quando os recursos que possui não poderem ser distribuídos de forma justa, atendendo às vulnerabilidades de cada doente.



## CONCLUSÃO

Após a análise de diversas situações e contextos da prática clínica de MGF constatou-se que os princípios da beneficência e da não maleficência, que remontam a tempos antigos, e os princípios do respeito pela autonomia e da justiça, de inclusão mais recente na prática médica, continuam a ser conceitos atuais e a servir de guias gerais de atuação quer dos médicos de MGF, quer de todos os médicos em geral. Para além destes, existem outros princípios éticos fundamentais, contemplados no Código Deontológico, que são imutáveis no tempo e no espaço e que incluem entre eles o respeito pela vida humana e pela sua dignidade. Neste campo, a Bioética surge como um grande lance de esperança que visa resgatar toda a dignidade do ser humano, numa abordagem holística do mesmo que englobe todas as suas dimensões de vivência e que garanta a manutenção do seu estado multidimensional de saúde (física, psíquica e social), num contexto crescente de tecnologização dos cuidados de saúde.

Uma das seis tarefas-chave de uma entrevista centrada na pessoa, do modelo da MCP é a gestão da incerteza. Esta não ocorre simplesmente ao nível da dúvida diagnóstica e terapêutica com a qual os médicos de família são confrontados diariamente, mas também ao nível do discernimento de qual será o princípio da bioética que deve prevalecer sobre os demais quando o cumprimento dos quatro em simultâneo se torna impraticável. Será que alguma vez teremos a certeza de que a decisão que tomámos é a melhor para o nosso paciente? Será que aquele que constitui, a meu ver, o princípio dominante e mais respeitável em determinada situação é visto pelo meu paciente e pelos meus colegas de profissão da mesma forma? Será legítimo admitir que a minha ética é a mesma que a de outros médicos? Estas são apenas algumas das questões que emergem aquando da reflexão acerca da aplicabilidade da bioética na prática clínica e cujas respostas estão longe de ser definitivas, imutáveis e consensuais aos olhos de todos.

É certo que existem descobertas na medicina que são dadas como dogmas, verdades absolutas, como é o caso do Dogma Central da Biologia Molecular, o qual sumariza que a informação genética contida no DNA das células e dos vírus é preservada, transmitida e traduzida. (81) Contudo, no que diz respeito à parte humana inerente à relação médico-doente e aos princípios bioéticos que se impõem, de forma mais ou menos austera, a uma boa conduta moral e profissional, estaremos ainda, a meu ver, longe de encontrar uma verdade absoluta sobre a melhor forma de agir perante cada situação da prática clínica. Existem já diversas orientações de âmbito nacional e internacional às quais Portugal está vinculado, as quais tentam transmitir linhas de orientação perante várias situações particulares que possam surgir no dia-a-dia da atividade profissional de qualquer médico. Contudo, a Medicina Geral e Familiar apresenta uma complexidade e uma responsabilidade acrescida, quer em termos individuais e familiares, quer em termos de toda a comunidade. Para além disso, como é facilmente dedutível, não é uma tarefa simples gerir todos os princípios de modo a respeitá-los na íntegra, sem lhes atribuir qualquer grau de hierarquia; pior ainda quando alguns deles entram em conflito, deixando ao encargo do médico a responsabilidade de decidir acerca do princípio que deve prevalecer sobre os outros, quando o cumprimento de todos eles de forma equivalente se torna irreal. No âmbito da especialidade de MGF, os médicos poderão ser confrontados com dilemas bioéticos em diversas áreas de atuação, nomeadamente ao nível da obtenção do consentimento informado, da confidencialidade e do sigilo médico, do processo de referenciação, da prevenção da doença, incluindo as questões relacionadas com a imunização e com os rastreios, e ainda ao nível da distribuição dos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis para uma população na qual existem, inevitavelmente, desigualdades socioeconómicas e em termos de vulnerabilidade, que condicionam um acesso desigual aos cuidados de saúde.

Assim, há que analisar as circunstâncias, a ação e as consequências, integrá-las com uma autorreflexão crítica norteada pela moral, e assim chegar a uma abordagem ética, útil e com sentido, baseada sempre em valores morais que permitam tomar decisões no sentido de uma boa prestação de cuidados médicos e humanizados (34), sem nunca esquecer a máxima de que a relação médico doente é indubitavelmente a essência do atendimento médico.

O desenvolvimento de competências de comunicação torna-se então fundamental na era em que vivemos pois, cada vez mais, o doente faz parte integrante da decisão clínica, assumindo uma participação ativa no estabelecimento de metas para a cura e a prevenção da doença, para a promoção da saúde e para a reabilitação do seu bem-estar físico, psicológico e social. A este nível é fundamental que, como humanos que somos, desenvolvamos na nossa prática clínica uma capacidade de compreensão acrescida e de comunicação para com o outro, preservando sempre a nossa dignidade e evitando, sempre que possível, um envolvimento emocional excessivo que extravase as nossas capacidades de “sobreviver” ao encargo de uma profissão tão exigente quanto é a medicina. O acumular de stress profissional, persistente e repetitivo pode provocar o esgotamento, desencadeando uma situação de *burnout* psicológico ou de doença física grave. Segundo Pedro Silva, “uma das principais causas de stresse de *burnout* médico não é o excesso de trabalho, mas fundamentalmente as situações em que o médico sente que não está a ser eficaz e que são, com frequência, situações relacionadas com aspetos de comunicação interpessoal, como a não aderência dos doentes às prescrições, relações difíceis ou mesmo conflitos com os doentes ou colegas de trabalho”. (36) A este nível os grupos Balint desenvolvem um papel importante ao permitirem que os médicos se encontrem para refletir acerca das suas próprias experiências e daquelas partilhadas pelos restantes elementos, permitindo o aperfeiçoamento constante das suas capacidades de comunicação

com os doentes e das suas estratégias de *coping* para lidar com o *stress* emocional e profissional da prática médica, prevenindo o *burnout* médico através do conhecimento prévio de possíveis situações reais, relatadas pelos colegas, e de possíveis formas de atuação perante certos dilemas/conflitos inerentes à prática clínica em MGF.

Também outras abordagens da consulta podem ser úteis na comunicação, nomeadamente a abordagem biopsicossocial em MGF (diagnósticos mais compreensivos, técnicas diagnósticas apropriadas a cada doente e seus problemas), a abordagem sociológica, antropológica e transacional (estudam papéis representados pelo médico e doente, realçam fatores sociais que influenciam os comportamentos do médico e do doente bem como as atitudes de ambos perante a doença e seus tratamentos,) e ainda a abordagem sociopsicológica (demonstra a possibilidade do médico desenvolver a compreensão do doente sobre a sua saúde durante consulta, influenciando também o seu comportamento). (82)

Na língua inglesa, estabelece-se a distinção entre doença como entidade fisiopatológica (*disease*), com o seu quadro clínico constituído por um conjunto de sinais e sintomas, e doença como a vivência da enfermidade pelo paciente individual (*illness*), o que inclui a sua interpretação cognitiva da experiência de estar doente. (83) Pellegrino, defendendo que a forma como cada pessoa percebe esta experiência é “ pessoal e única, uma vez que cada pessoa interpreta de modo diferente o facto de estar doente ou com saúde”, realça que a preocupação dos médicos não deveria ser apenas identificar e tratar a doença como entidade clínica, mas ter em conta esta dimensão antropológica ou biopsicossocial, que influencia significativamente o processo terapêutico e é indispensável para que uma decisão médica, correta do ponto de vista biomédico, possa também ser considerada uma decisão ética. (83) Assim, o mesmo autor considera o ser humano como uma unidade e a doença como um fator perturbador e desintegrador, nas

suas vertentes biológica, psíquica, social e espiritual, podendo uma pessoa considerar-se saudável apesar de alguns condicionalismos de natureza física ou mental, desde que não a impeçam de realizar os seus projetos de vida. (83) Estas noções e conceitos referidos constituem conceitos fundamentais na prática dos médicos de família, que possuem uma posição chave no desenvolvimento de um método clínico centrado no doente, que pretende a compreensão da pessoa no seu todo e no seu contexto, tendo por base a construção de uma boa relação médico doente.

Para além disso, tendo em conta a importância que a comunicação, os aspetos psicossociais e os culturais desempenham na relação médico-doente, o treino dos profissionais de saúde em competências interpessoais pode ter grande influência na satisfação dos doentes com os cuidados de saúde primários recebidos. Deste modo, poderemos ter ambas as partes desta relação satisfeitas com o papel que desempenham quer como médico, quer como doente, respetivamente.

A relação médico-doente é, sem dúvida, a fonte principal de gratificação para o clínico. Por isso, será do interesse de todos os médicos fomentar o estabelecimento da mesma da melhor forma, de modo a verem congratulado na sua vida o orgulho de exercer uma profissão tão nobre como a medicina. Está provado que médicos com boas competências de comunicação têm maior satisfação com o trabalho (12) e menos stress profissional, estando menos vulneráveis ao desenvolvimento do *burnout* médico.

Outro aspeto que também tece ser comentado é o facto de os resultados apresentados pelo European Trusted Brands 2002, ao concluírem que, de entre as profissões relacionadas com os cuidados de saúde nomeadamente farmacêuticos, enfermeiros e médicos, estes últimos são aqueles em que a população deposita um menor grau de confiança, ainda que esta seja satisfatória (78%). Será que esta realidade ainda se verifica nos dias de hoje? A este nível serão necessários mais estudos (recentes e

regionais) no sentido de esclarecer esta questão que, caso se venha a comprovar como prevalente, reforça a necessidade de revolucionar estes resultados ou, pelo menos, equiparar o grau de confiança perante todos os profissionais de saúde, no sentido de uma satisfação global de todas as partes envolvidas naquele que, de certo modo, constitui um dos maiores desafios dos dias de hoje: cuidar, promover e preservar o bem fundamental que é a saúde. O médico de MGF, atuando como um defensor dos direitos, interesses e necessidades das pessoas e da população que atende, tem uma responsabilidade acrescida no que diz respeito à promoção da saúde, não apenas como um bem individual, mas também como um bem social.

No entanto, quando dependentes de ordens e governação oriundas de entidades superiores, como é o caso do governo português, cabe aos médicos, dignificar a sua profissão e lutar no sentido da melhor qualidade de serviços prestados, sem nunca descuidar o respeito pelo próximo, honrando as suas qualidades de seres humanos na relação que estabelecem com o doente e que, tal como já referido, constitui, em muitos casos, um dos maiores agentes terapêuticos. Desta forma, sejam quais forem os avanços técnicos que a medicina possa vir a conhecer, haverá sempre um elemento insubstituível que é o poder terapêutico da própria relação médico-doente. Para além disso, o ato médico, se corretamente praticado, é um ato ético, no sentido em que deve procurar sempre a correção do agir tendo em conta o bem do outro. (35)

Tanta inovação e nova tecnologia, mas a conduta moral e de princípios que rege a profissão dos médicos de família continua fiel aos seus princípios. Na era da desumanização e de descontentamento global que atravessamos nos dias de hoje, torna-se imprescindível fomentar crescente humanização dos cuidados de saúde particularmente primários, no sentido de alcançarmos uma otimização da relação MD, aprofundar o nível de compreensão da “posição de doente”, permitindo satisfação

globalmente mais positiva relativamente a este nível de cuidados, em Portugal e fomentando uma cultura de Qualidade em Saúde.

Compete ao médico lidar com o bem mais precioso para a pessoa humana: a vida, com as múltiplas funções de órgãos vitais, com a honra do ser humano e seus valores mais significativos e íntimos, e ainda com o património afetivo da pessoa, incluindo os seus entes mais queridos. (76) Assim, perante toda esta complexidade e envolvimento inerente à prática de MGF existe uma máxima que não podemos esquecer: “Antes de sermos bons profissionais, teremos de ser bons seres humanos”.

*“ A filosofia da Medicina que procuramos é uma filosofia de uma atividade humana identificável, não uma miscelânea das ciências e artes empregadas pela Medicina. Nós afirmamos que a Medicina não é redutível à biologia, à física, à química, ou à psicologia; nem é apenas o que os médicos fazem ou esperam; nem é simplesmente uma ciência rigorosa ou apenas uma arte de fazer o bem em eventos clínicos. Ao invés, mostramos que Medicina é uma forma única de relacionamento.”*

**Pellegrino & Thomasma** (A Philosophical Basis of Medical Practice)

## **AGRADECIMENTOS**

Embora a materialização deste trabalho acadêmico seja o resultado de uma longa caminhada e jornada de estudo e análise do tema “A Ética principlalista em Medicina Geral e Familiar ”, a realização do mesmo apenas se tornou possível devido ao auxílio imprescindível de algumas pessoas que estiveram ao meu lado nesta etapa.

Agradeço, primeiramente, ao orientador, Hernâni Pombas Caniço, e à co-orientadora, Isabel Margarida de Figueiredo Silvestre, por toda a ajuda e disponibilidade demonstradas, em todas as etapas do desenvolvimento deste projeto, desde a escolha do tema ao texto final. Todas as críticas, correções e sugestões revelaram-se eficientes e produtivas para a sua concretização, tendo sido um privilégio trabalhar em conjunto com os mesmos e usufruir de todos os seus conhecimentos e experiência na prática clínica.

Deixo também o meu apreço à D. Lurdes Simões, Assistente Técnica da Unidade Curricular de MGF, que me apoiou-o de forma incondicional, principalmente ao nível da recolha de diversas fontes bibliográficas.

Agradeço também a todos os familiares e amigos que me apoiaram na concretização deste trabalho que é o culminar de uma importante etapa da minha vida.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Emanuel EJ. Bioethics in the Practice of Medicine. Twenty Fou. Goldman's Cecil Medicine: Twenty Fourth Edition. Elsevier Inc.; 2011. 4-9 p.
2. Beier M, Iannotti G de C. O paternalismo e o juramento hipocrático. Rev Bras Saúde Matern. 2010;10:383–9.
3. Juramento de Hipócrates 1771/1983 [Internet]. Portal Oficial da Ordem dos Médicos. [cited 2015 Jul 12]. Available from: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=67e103b0761e60683e83c559be18d40c&id=6b8b8e3bd6ad94b985c1b1f1b7a94cb2>
4. Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality. J Med Humanit Bioeth. 1987;6(2):65–71.
5. Petry FB. Beauchamp, T.L. & childress, J.F. Princípios de Ética Biomédica. ethic@. 2004;3(1):87–92.
6. Petry FB. Princípios ou virtudes na bioética? Controvérsia. 2005;1(1):49–65.
7. Simões JAR. Ética e Cuidados de Saúde Primários. Um estudo descritiv em centros de saúde. Universidade de Aveiro; 2010.
8. Williams JR. Principal Features of Medical Ethics. Medical Ethics Manual. 2nd editio. France: Ethics Unit of World Medical Association; 2009. p. 15–32.
9. Herissone-Kelly P. Determining the common morality's norms in the sixth edition of Principles of Biomedical Ethics. J Med Ethics. 2011;37(10):584–7.

10. Dalla MDB, Lopes JMC. Ética na atenção primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. artmed; 2012. p. 98–106.
11. Simões JAR. Ética nos Cuidados de Saúde Primários. Rev Psiquiatr Cons e Ligação. 2011;49–53.
12. Macedo AF, Azevedo MHP. Relação Médico-Doente. Manual de Ginecologia. Coimbra: Permanyer Portugal; 2011. p. 59–79.
13. Montero SA. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria. Aten Primaria. 2010 Oct;42(10):528–33.
14. Pessini L. Bioética e cuidado do bem-estar humano: ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde. Fragm cult. 2003;13(1):17–39.
15. Augusto J, Simões R. A ética em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clínica Geral. 2008;24:45–7.
16. Souza MT De, Silva MD da, Carvalho R De. Revisão integrativa : o que é e como fazer. Einstein. 2010;8:102–6.
17. Mendes KDS, Silveira RCDP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Context - Enferm. 2008;17(4):758–64.
18. Taylor RB. Medicina de família: una práctica actual e futura. Medicina de família, Princípios y práctica. 6ª edición. Oregon: Elsevier Masson; 2007. p. 3–9.

19. Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. artmed; 2012. p. 1–11.
20. McWHINNEY IR, FREEMAN T. The Origins of Family Medicine. Textbook of Family Medicine. 3rd ed. New York, USA: Oxford University Press, Inc.; 2009. p. 3–12.
21. Rakel RE. Family Physician. Textbook of Family Medicine. Ninth Edit. Philadelphia: Elsevier Inc.; 2016. p. 3–16.e2.
22. Zurro AM, Pérez JFC. Atención Primaria de Salud. Manual de Atención Primaria Organización y pautas de actuación en la consulta. Segunda ed. Barcelona: ediciones Doyma; 1989. p. 3–11.
23. Hixon AL, Maskarinec GG. The Declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: Relevance for family medicine today. Fam Med. 2008;40(8):585–8.
24. Hespanhol AP, Couto L, Martins C. A medicina preventiva. Rev Port Clínica Geral. 2008;24:49–64.
25. Lei Constitucional nº1/2005. Diário da República- I Série - A. 2005;(155):4642–86.
26. Nunes R, Melo H. Parecer nº P/18/APB/10 - Carta dos direitos do utente dos serviços de saúde. Associação Portuguesa de Bioética. Porto; 2010. p. 29.
27. Comissão Nacional da UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2006.

28. International Code of Medical Ethics [Internet]. [cited 2015 Jul 12]. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>
29. Granja M. A consulta a três. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24:85–96.
30. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar [Internet]. EURACT. 2005 [cited 2015 Jul 10]. p. 10. Available from: [http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao\\_MGF-EURACT\\_2005.pdf](http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf)
31. Hespanhol AP. Problemas éticos em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clínica Geral*. 2003;19:389–95.
32. Taylor JS. The value of autonomy and the right to self-medication. *J Med Ethics*. 2012;38(10):587–8.
33. Carrió FB, Dohms M. Relação clínica na prática do médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática*. artmed; 2012. p. 124–32.
34. Silvestre M. Enquadramento teórico. *Embriões excedentários - entre a técnica, a lei e a ética*. Coimbra: Coimbra Editora; 2015. p. 19–56.
35. Lourenço A. Do injustificável ao ajustado – Notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24:75–84.
36. Ribeiro P. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24:505–12.

37. Simões JA. A consulta em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25:197–8.
38. Pereira AV, Guerra NC, Branco PR. O Médico de Família Ideal – perspectiva do utente. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24:555–64.
39. Malik K. Tabela Indicadores suplementares: perceções de bem-estar. Relatório do Desenvolvimento Humano. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2014. p. 226–9.
40. Hespanhol A. A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Rev Port Clínica Geral*. 2005;21:185–91.
41. What do patients expect from their physicians? Qualitative research on the ethical aspects of patient statements. *J Med Ethics*. 2012;(38):112–6.
42. Despacho nº 1166/2009. *Diário da República*, 2ª Série. 2009;(8):1355–69.
43. Simões JA, Martins JC. Atitudes Éticas dos Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários perante os Direitos que visam a Autonomia do paciente. *Rev ADSO (Associação dos docentes e orientadores Med Geral e Fam)*. 2014;(04):34–42.
44. Branco RFG y R, Freitas FGM, Cantarelli GCF. Grupos Balint. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática*. artmed; 2012. p. 152–8.
45. Brandão J. Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. *Rev Port Clínica Geral*. 2007;23:733–44.

46. Salinsky J. Como os grupos Balint têm mudado ao longo de 57 anos: objetivos e expectativas. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24:526–30.
47. Ainslie DC. Principlism. 3ª edição. *Encyclopedia of Bioethics*. Stephen Garrard Post; 2004. p. 2099–103.
48. Daniel S. Autonomia – um difícil conceito. *Rev Port Bioética*. 2009;(8):17.
49. Malik K. Síntese. *Relatório do Desenvolvimento Humano*. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2014. p. 1–13.
50. Kemp P, Jacob R. The Barcelona Declaration. *Synth Phylosophica*. 2008;46(2):239–51.
51. Carlet JM, Artigas A, Niederman MS, Torres A. The Barcelona Declaration from the World Alliance against Antibiotic Resistance: engagement of intensivists. *Crit Care*. 2012;16:145–6.
52. Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *J Med Ethics*. 2009;35(7):11.
53. Direção Geral de Saúde. Norma 015/2013 sobre consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito [Internet]. Direção Geral da Saúde. 2014 [cited 2015 Jul 12]. p. 14. Available from: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o de %C3%89tica/Ficheiros/Consentimento\\_Informado\\_Doc\\_Guia.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf)
54. Caplan AL. Why autonomy needs help. *J Med Ethics*. 2014;40(5):301–2.
55. Faria-vaz A. Ética: agir e porvir. *Rev Port Clínica Geral*. 2009;25:520–1.

56. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford University Press; 2001. 58-59 p.
57. Williams JR. Physicians and patients. Medical Ethics Manual. 2nd ed. France: Ethics Unit of World Medical Association; 2009. p. 50–5.
58. Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K. Aspectos de la familia en la asistencia sanitaria. In: Taylor RB, editor. Medicina de família, Princípios y práctica. 6th ed. Oregon: Elsevier Masson; 2007. p. 30–3.
59. Karazivan P. Should family physicians treat members of the same family?: YES. Can Fam Physician. 2011;57(4):402–4.
60. Pless C. Should family physicians treat members of the same family?: NO. Can Fam physician. 2011;57:402–4.
61. Lawrence DJ. The Four Principles of Biomedical Ethics: A Foundation for Current Bioethical Debate. J Chiropr Humanit. 2007;14:34–40.
62. Filho JM. Comportamento Ético na Prática Médica: de Hipócrates à Bioética. In: Revistas EtcE de L e, editor. A Ética e os Reumatologistas. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia; 2004. p. 4–7.
63. Namora F. Deuses e Demónios da Medicina. Europa-América P, editor. Leitores, Círculo dos; 1977.
64. Norman AH, Tesser CD. Rastreamento de Doenças. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. artmed; 2012. p. 521–31.

65. Rocha R, Sampaio MJ, Pereira CA, Liberal I. Factores associados ao não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e das vacinas pneumocócica conjugada heptavalente e contra o rotavírus. *Acta Pediátrica Port.* 2010;41(5):195–200.
66. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Perguntas frequentes sobre vacinação. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2014. p. 22.
67. Feliciano J. A Vacinação e a sua História. *Cad da Direção-Geral da Saúde.* 2002;(2):3–7.
68. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Boletim Vacinação; PNV - avaliação 2014. 2015. p. 2.
69. Malik K. Tabela Saúde Infantil e Juvenil. Relatório do Desenvolvimento Humano. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2014. p. 190–3.
70. Hertig SG, Cavalli S, Burton-Jeangros C, Elger BS. “Doctor, what would you do in my position?” Health professionals and the decision-making process in pregnancy monitoring. *J Med Ethics.* 2014;40(5):310–4.
71. Jamouille M, Gusso G. Prevenção Quaternária: Primeiro não causar dano. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática.* artmed; 2012. p. 205–10.
72. Almeida R, Braga R. Ética e relações profissionais. *Rev Port Clínica Geral.* 2008;24:97–105.



73. Yaphe J. A new approach to medical error and adverse outcomes: a persistent need for a change in the culture in Portugal. *Rev Port Clínica Geral*. 2012;28:400–1.
74. Fragata J. A segurança dos doentes -Indicador de qualidade em saúde. *Rev Port Clínica Geral*. 2010;26:564–70.
75. Ribas MJ. Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Rev Port Clínica Geral*. 2010;26:585–9.
76. Simões JA. Erro Médico. *Rev Port Clínica Geral*. 2010;26:560–2.
77. Minossi JG, Silva AL. Medicina defensiva : uma prática necessária? *Rev Col Bras Cir*. 2013;40(6):494–501.
78. Oliver A, Evans JG. The paradox of promoting choice in a collectivist system. *J Med Ethics*. 2005;31(4):187.
79. Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. Ministério da Saúde, Governo de Portugal; 2015. p. 38.
80. George FHM. Norma da DGS nº 008/2015, Programa Nacional de Vacinação. Introdução da vacina conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (Pn13). Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2015. p. 8.
81. Reys LF, Macedo JNA, Damalio JCP. Dogma Central da Biologia Molecular e Introdução à Bioinformática [Internet]. W Educacional Editora e Cursos Ltda. 2011 [cited 2015 Jul 28]. Available from: [http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod3921/mod\\_dogma\\_central\\_da\\_biologia\\_molecular\\_v2.pdf](http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod3921/mod_dogma_central_da_biologia_molecular_v2.pdf)

82. Clínica Geral/Medicina de Família/Medicina Comunitária. A Consulta. Texto de apoio com edição da responsabilidade do corpo docente da cadeira de Medicina Geral e Familiar do 5º ano. Cap. 5. 2007. p. 1–7.
83. Cruz J, Gomes CC. O conceito de filosofia da medicina em Pellegrino e Thomasma. *Rev Bioética Latinoam.* 2013;11:82–99.