



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos
Departamento de Formação

Manual de Formação Para Técnicos de Medicina Geral

2º. Semestre Deontologia e Ética Profissional II



FICHA TÉCNICA

O presente Manual faz parte do currículo de formação inicial do Técnico de Medicina Geral (TMG), baseado em competências, que consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, leccionadas de forma linear e modular com actividades na sala de aula, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico.

O Programa de Formação inicial do TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health), uma colaboração entre a Universidade de Washington e a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas do TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

Copyright 2012

©2012 Ministério da Saúde

Esta publicação foi realizada com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não representa necessariamente a opinião do CDC ou HRSA.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Recursos Humanos

Departamento de Formação

Repartição de Planificação e Desenvolvimento Curricular (RPDC)

Av. Eduardo Mondlane, 4º andar

Maputo-MZ

Coordenação

Maria Fernanda Alexandre (I-TECH)

Ana Bela Amude (I-TECH)

Carlos Norberto Bambo (DRH-Departamento de Formação)

Suraia Mussa Nanlá (DRH-Departamento de Formação)

Christopher Pupp (I-TECH)

Marzio Stefanutto (I-TECH)

Colaboradores

Elaboradores de Conteúdo:

Florindo Mudender

Ricardina Nhampula

Christopher Pupp

Revisores Clínicos:

Maria Fernanda Alexandre

Gerito Impelemarebo

Christopher Pupp

Revisores Pedagógicos:

Christopher Pupp

Formatação e Edição:

Ana Bela Amude

Fernanda Freistadt

Adelina Maiela

Maíra dos Santos

Colaboradores das Instituições de Formação em Saúde (IdF):

Amós Bendera

Américo Bene

Bekezela Chade Camal

Armindo Chicava

Isaías Cipriano

Amélia Cunha

Maria da Conceição

Paulo Vasco da Gama

Victor Filimone

Danúbio Gemissene

Ernestina Gonçalves

Eduardo Henriques

Saíde Jamal

Lisandra Lanappe

Filomena Macuacua

Américo Macucha

Atanásio Magunga

Almia Mate

Arsenia Muianga

Ferrão Nhombe

Orlando Prato

Crespo Refumane

Maria Rosa

Azevedo Daniel Simango

Rezique Uaide

Elias Zita

PREFÁCIO

Exmos Senhores

Professores e Estudantes dos Cursos de Técnicos de Medicina Geral

Um dos grandes desafios que o Ministério da Saúde (MISAU) enfrenta é o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados para a provisão de cuidados de saúde, em resposta às principais necessidades da população moçambicana. É neste contexto que a Direcção dos Recursos Humanos do MISAU tem vindo a conduzir reformas para adequar os diferentes currículos, para modalidades baseadas em competências, como forma de trazer ao Sistema Nacional de Saúde, profissionais com conhecimentos e habilidades para cuidar do paciente.

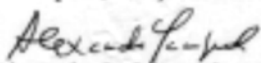
Este manual que vos é entregue, apresenta conteúdos necessários para que o futuro técnico adquira as competências básicas de prestação de cuidados de saúde primários e secundários, de qualidade, ao paciente em ambulatório e em regime de internamento na Unidade Sanitária do Serviço Nacional de Saúde.

Este manual é um instrumento de apoio aos docentes, na preparação das aulas que se destinam à formação de Técnicos de Medicina Geral (TMG) e visa desenvolver nestes profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em conformidade com o perfil profissional de TMG, estabelecido pelo MISAU. O manual resultou da reestruturação do anterior currículo de TMG para um currículo baseado em competências. Este, integra, entre outros aspectos, o plano analítico, os objectivos e conteúdos das aulas teórico-práticas, algumas sugestões pedagógico-didácticas, instruções para a facilitação das aulas de laboratório humanístico, multidisciplinar e sala de informática. Para o aluno, este manual é um instrumento de estudo e de consulta para a aquisição de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que lhe permitirão, uma vez formado, prestar um atendimento de qualidade ao paciente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Moçambique, tanto no que diz respeito à prevenção, como à provisão de cuidados e tratamento, incluindo o aconselhamento sobre as doenças mais frequentes no país.

Assim, esperamos que o presente manual sirva de suporte para o alcance dos objectivos da disciplina por um lado e por outro como fonte de suporte donde o docente e o aluno possam buscar o fortalecimento de conhecimentos, garantia de uma dinâmica uniformizada tanto na transmissão como na assimilação da matéria. No entanto, docente e aluno devem procurar outras fontes bibliográficas para aprofundar e enriquecer os conhecimentos aqui contidos.

O manual foi escrito numa linguagem simples e acessível, para que seja de fácil compreensão para docentes e alunos das instituições moçambicanas de formação em Saúde.

Maputo, Março de 2013


Alexandre L. Jaime Manguela
Ministro da Saúde

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	1
PREFÁCIO	4
ÍNDICE	5
PLANO ANALÍTICO	6
1. Exercício da Prática Profissional: Erro Médico 1	9
2. Exercício da Prática Profissional: Erro Médico 2	15
3. Exercício da Prática Profissional: Segredo Profissional e Confidencialidade 1	24
4. Exercício da Prática Profissional: Segredo Profissional e Confidencialidade 2	33
5. Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência: Prescrição Médica	42
6. Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência: Atestado Médico e Transferências.....	50
7. Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência: Dilemas Profissionais - Aborto.....	60
8. Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência Dilemas Profissionais - Eutanásia	69
9. Consentimento Informado: Componentes e Processo de Obtenção 1	78
10. Consentimento Informado: Componentes e Processo de Obtenção 2.....	85
11. Ética na Disseminação de Dados de Saúde: Disseminação de Dados.....	90
12. A Dor e os Casos Terminais: Cuidados Paliativos	97
13. Consentimento com Alto Profissionalismo e Competência: Leis e Normas	103

PLANO ANALÍTICO

NOME DA DISCIPLINA: Deontologia e Ética Profissional II

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: 14 semanas

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: 2

NÚMERO TOTAL DE HORAS: 28

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ADQUIRIDAS ATÉ AO FINAL DA DISCIPLINA:

O Técnico de Medicina será capaz de executar as seguintes tarefas:

1. Demonstrar uma atitude positiva no diálogo com os seus colegas, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares, tendo em conta os conceitos fundamentais da Ética, Bioética e Deontologia.
2. Reconhecer a evolução histórica da ética, nomeadamente a relacionada com a Medicina.
3. Desempenhar as suas funções com alto profissionalismo e competência, comportando-se de acordo com as Leis e Normas em vigor na República de Moçambique, para o exercício do acto médico.
4. Exercer a sua prática profissional de forma a ter em conta os princípios da bioética.
5. Ter um relacionamento com o paciente, utilizando o modelo de participação mútua (dialogante), no qual a afinidade é igualitária e compartilhada com este.
6. Discutir, quando necessário, com os seus pacientes e familiares, nomeadamente assuntos clínicos e tratamentos, na base de uma relação de confiança e equidade, sem qualquer forma de discriminação quanto à idade, ao sexo, à condição social, às características raciais, políticas ou ideológicas, crenças religiosas, ao tipo de doença ou motivo de consulta.
7. Combater a estigmatização ou a discriminação por parte dos profissionais de saúde em relação às pessoas infectadas ou afectadas de alguma maneira pelo HIV/SIDA e outras condições (albinos, deficientes físicos e mentais, entre outras).
8. Zelar pelos deveres dos pacientes.
9. Respeitar os direitos dos pacientes.

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

Esta disciplina, Deontologia e Ética Profissional, é parte integrante do currículo do TMG cuja preocupação é colaborar com a formação do conhecimento dos alunos sobre o conceito de Medicina, a complexidade da relação médico-paciente-família, o segredo médico como condição «*sine qua non*» para o exercício profissional da Medicina, entre tantos outros.

Deontologia designa, portanto, o conjunto de regras e princípios que ordenam a conduta profissional do homem ou cidadão; é a ciência que trata dos deveres a que são submetidos os integrantes de uma profissão. Com frequência, ela é utilizada para designar ética profissional ou a moral do exercício de uma profissão. Assim, a deontologia é uma ética profissional das obrigações práticas, baseada na “livre” acção da pessoa e no seu *carácter moral*.

Data e Hora	Número da Aula	Tópicos e Conteúdo	Duração da Aula	Tipo de Aula
	1	Exercício da Prática Profissional - Erro Médico	2	Teórica
	2	Exercício da Prática Profissional - Erro Médico	2	Teórica
	3	Exercício da Prática Profissional - Segredo Profissional e Confidencialidade	2	Teórica
	4	Exercício da Prática Profissional - Segredo Profissional e Confidencialidade	2	Teórica
	5	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência - Prescrição Médica	2	Teórica
	6	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência - Atestado Médico e Transferências	2	Teórica
	7	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência - Dilemas Profissionais: Aborto	2	Teórica
	8	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência - Dilemas Profissionais: Eutanásia	2	Teórica
	Avaliação		2	Teórica
	9	Consentimento Informado - Componentes e Processo de Obtenção do Consentimento Informado	2	Teórica
	10	Consentimento Informado - Componentes e Processo de Obtenção do Consentimento Informado (cont)	1	Teórica
	11	Ética na Disseminação de Dados de Saúde - Disseminação de Dados	1	Teórica
	12	A Dor e os Casos Terminais - Cuidados Paliativos	2	Teórica
	13	Consentimento com Alto Profissionalismo e Competência - Leis e Normas em Vigor em Moçambique	2	Teórica
	Avaliação		2	Teórica
TOTAL			28	horas

BIBLIOGRAFIA:

A. Texto Principal da Disciplina

- Carvalho Fortes PA. Ética e Saúde, Editora Pedagógica e Universitária Ltda. *São Paulo, Brazil*. 1998.
- Cruz, S. *Jus Drectum (directum)*, Coimbra, 1971, *apud* Ferraz Jr., Tercio Sampaio, "Introdução ao Estudo do Direito", Atlas, 1988.
- David, R. Os Grandes Sistemas do Direito Contemporâneo. 2º Edição. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
- [Diniz](#) D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002.

- Glenn, H. P. (2000). Tradições do mundo (Legal Traditions of the World). Oxford University Press. [ISBN 0198765754](#).
- Gayatto. M. Relação médico-paciente. ABC da Saúde Informações Médica Ltda; 2004.
- Landmann, J. Ética Médica sem Máscaras. Ed. Guanabara; 1985.
- Lima, H. Introdução à Ciência do Direito. Freitas Bastos; 1986.
- Martins, C. Introdução a Perspectivas da relação médico-paciente. Porto Alegre- Centro de Estudos de Literatura e Psicanálise. Editora Artes Médicas; 1979.
- Mondin JB. Introdução à Filosofia. São Paulo: Ed. Paulinas; 1983.
- Motta SN. Ética e vida Profissional. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural; 1984.
- Tavares CJ. Fundamentos teóricos para uma deontologia profissional. Trabalho publicado na revista Filosofia em Revista 86.6 - Apresentado no Seminário sobre ética profissional promovida pelo Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRAS) - 1a Região MA/PI; 1986.
- Teixeira J. Comunicação em Saúde. Relação Técnico de Saúde-Utilizantes. Brazil; 1996.
- Vasquez AS. Ética, Civilização Brasileira. São Paulo; 1978.
- Vio F. Manual de Medicamentos Essenciais. MISAU: Maputo; 1995.
- Yeo M, Moorhouse A. Conceitos e Casos na ética de enfermagem (Concepts and cases in Nursing Ethics). 2ª Edição. Broadview Press; 1996.

B. Livros de Referência para a Disciplina

- Amnistia Internacional. Código de ética e declaração relacionada à profissão de saúde (Ethical codes and declaration relevant to the health professions). London: 2000.
- Cunha, Djalma B. Biodireito: O novo direito face à bioética. Revista da Esmape, 2001; 6 (13).
- Esperança Pina, JA. A responsabilidade dos médicos. Lisbon: LIDEL, Edições Técnicas, Lda; 1998.
- Filho, C de B. Ética na comunicação - da informação ao receptor. São Paulo: Editora Moderna; 1995.
- Gallian, Dante Marcello. A (re) humanização da medicina. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Brasil ; 2000.
- Goldim, José Roberto. Ética moral e direito. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; 2000.
- Kosovski, Ester. Ética na comunicação. Rio de Janeiro: MAUAD; 1995.
- Kottow, Miguel H. Introdução à bioética (Introducción a la bioética). Chile: Editorial Universitaria, Santiago de Chile; 1995.
- Littlejohn, S.M. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
- Lopez, Mário. Fundamentos da clínica médica, a relação paciente – médico. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Lda; 1997.
- Pitta, AM. Saúde e comunicação: visibilidade e silêncios. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1995
- Serrão, Daniel, Nunes, Rui. Ética em cuidados de saúde. Porto (Portugal): Porto Editora; 1998.
- Schwalbach, João. A ética e a deontologia médica. Associação Médica de Moçambique, 2001; 1(1).

C. Leituras para o Docente Aprofundar no Tópico

D. Leituras Adicionais para o Aluno (se necessário)

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	1
Tópico	Exercício da Prática Profissional	Tipo	Teórica
Conteúdos	Erro Médico	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever erro médico;
2. Enumerar os diversos tipos de erro médico e a sua implicação para o Técnico de Medicina;
3. Descrever as formas práticas de evitar os diversos tipos de erro médico;
4. Reconhecer o que fazer em caso de erro médico.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	Introdução sobre os Erros Médicos		
4	Conceitos de Erro Médico e Má Prática Clínica?		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Barger Lk, et al (2006) Impact of external duration shifts on medical errors, adverse events and attentional failure. PLOS Med 3(12):e487
- BMJ 2000 March 28;320(7237):726-727 Albert W Wu- Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistakes needs help too
- [Http://franmarta@terra.com.br](http://franmarta@terra.com.br)- Costanze, Bueno Advogados(O erro médico é o mau resultado ou resultado adverso decorrente da acção ou omissão do médico) 22.05.07
- Zhang, J., Patel, V.L., & Johnson, T.R (2008). "Medical error: Is the solution medical or cognitive?". Journal of the American Medical Informatics Association 6 (Suppl): 75–77. doi:10.1197/jamia.M1232.
- Timothy P. Hofer, MD (November 2000). What Is an Error?. Effective Clinical Practice (American College of Physicians). <http://www.acponline.org/journals/ecp/novdec00/hofer.htm>.
- Rodney A. Hayward, MD (July 25, 2001). Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors: Preventability Is in the Eye of the Reviewer. Journal of the American Medical Association 286:415-420. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/286/4/415>.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1 Apresentação do docente.
- 1.2 Apresentação dos alunos.
- 1.3 Breve introdução da disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina.
- 1.4 Apresentação do plano temático e analítico: tópicos e conteúdos, incluindo as aulas laboratoriais.
- 1.5 Apresentação da estrutura da disciplina incluindo o cronograma e inter-relações com outras disciplinas teóricas.
- 1.6 Explicar o que se espera dos alunos na disciplina e os métodos de avaliação.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 2.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 2.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 3: INTRODUÇÃO A ERROS MÉDICOS

Actividade – chuva de idéias : 5 min

P: O que vocês acham que é um erro médico?

O médico não almeja um resultado danoso, ele assume o compromisso de dar o melhor de si o favor dos seus pacientes. Porém não é infalível nos seus diagnósticos, nas suas conclusões e na escolha de conduta adequada que aconteçam erros médicos.

O erro médico representa um custo económico e social bastante elevado. Veja os estudos efectuados em algumas partes do mundo:

País	Mortes por Ano por Erro Médico	Invalidez por Ano por Erro Médico	Lesões Adicionais	População (est. 2011)
Australia	18.000	50.000	???	22.542.000
EUA	40.000 – 98,000	???	1.000.000	311,950,000
Moçambique	???	???	???	22.416.881

Actividade: Estimativa de Mortes por Ano por Erro Médico

Em Moçambique não existem dados acerca de mortes/ invalidez/ lesões provocadas por erro médico.

E por razões sócio-económicos a taxa de erro médico é provavelmente mais alta que na Austrália.

P: Mas assumindo que a taxa é igual a da Austrália, calcule a estimativa de mortes por erro médico em Moçambique.

R: Taxa de morte Austrália = $18.000 / 22.542.000 \times 100.000 = 80$ mortes / 100,000 pessoas / por ano

Estimativa de mortes por erro médico em Moçambique = $80/100.000 \times 22.416.881 = 17.933$ mortes por ano. Mas lembre-se que provavelmente é muito mais alta.

De um modo geral, os erros médicos chegam a constituir uma importante causa de morte, às vezes maior do que o SIDA, o cancro ou os acidentes de viação. Os erros relacionados com os medicamentos são os que mais contribuem para as complicações e mortes em pacientes pediátricos, nos serviços de urgências e em pacientes com patologias complexas.

Muitos dos erros médicos que acontecem nas unidades sanitárias não são documentados.

O assunto "erro médico" é extremamente delicado, isto porque, a atuação do profissional de medicina, não se compara com a de um operário. Tendo em conta que este último, segue regras acessíveis a qualquer pessoa, o médico é regido por normas científicas, e os resultados frequentemente são de vida ou morte.

Os erros médicos resultam de falhas nos procedimentos, sistemas, e factores humanos (como cansaço) para além de deficiências na formação dos profissionais de saúde.

BLOCO 4: CONCEITOS DE ERRO MÉDICO E MÁ PRÁTICA CLÍNICA

O que é um erro médico?

Erro Médico: são falhas evitáveis que os profissionais clínicos podem cometer no âmbito da realização das suas actividades profissionais e têm como resultados prejuízos para a saúde dos pacientes, tais como o agravamento da doença do paciente, a ocorrência de lesões graves ou a morte do paciente como resultado directo do erro cometido.

Exemplos de Erros Médicos Comuns:

- **Erros de Conduta Terapêutica:**

- Calcular a dose de um medicamento incorrectamente.
- Não explicar claramente ao paciente a administração do medicamento.
- Receitar um medicamento errado para a condição ou paciente em questão (não tendo em conta reacções adversas anteriores, receitando 2 medicamentos que interagem de forma negativa, confundindo 2 medicamentos com nomes parecidos, etc).

- **Erros no diagnóstico**

É o mau resultado ou resultado adverso decorrente da acção ou conclusão ou diagnóstico errado pelo clínico, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo clínico para tratar um mal maior.

- Erros no diagnóstico diferencial, mau preenchimento de processos clínicos.

Os seguintes exemplos NÃO são considerados erros médicos

- **Erro deliberado para prevenir mal maior:** Esse tipo de situação ocorre quando, por exemplo, se verifica a necessidade de transfusão de sangue em carácter de urgência, e o hospital não possui naquele exato momento no seu banco de sangue material examinado, ou melhor, o banco possui o tipo sanguíneo o qual necessita, porém, não pode afirmar se o mesmo encontra-se livre de doenças. Todavia, se o paciente não receber a transfusão, morrerá. Nesse caso o médico deve realizar a transfusão mesmo sem saber se o sangue está contaminado ou não, pois caso contrário poderá ser acusado de omissão.
- **Erro profissional:** O erro profissional é aquele que decorre de falha não imputável ao médico que nem sempre o diagnóstico de certeza é efectuado, podendo confundir a conduta profissional e levar o médico a se conduzir de maneira errada. Incluem-se casos em que tudo foi feito

corretamente, mas o doente omitiu sintomas ou ainda não colaborou com parte do processo de tratamento.

É também necessário distinguir o erro médico de uma má prática clínica.

A má prática clínica é o acto de:

- A. Negligência
- B. Imprudência
- C. Imperícia (ignorância de algo básico que o profissional de certa categoria devia saber)
- D. Prejuízo propositado (que é visto como intenção criminal)

Que têm como resultados prejuízos para a saúde dos pacientes

Nota: Má-prática é crime, mas erro médico não.

Por isso é importante em todo o momento evitar confusão entre estes dois conceitos.

Chuva de ideias: 15 min

P: Quem pode dar exemplos de erros médicos? De má prática médica?

O docente deve fazer 2 listas no quadro, uma com título “erro médico” o outra com “má-prática”:

Peça aos alunos justificar a sua escolha e permitir debate.

Para definirmos melhor o que seria a má prática clínica é necessário definir as 4 modalidades: a imperícia, a imprudência e a negligência.

A. Negligência: Culpa por omissão (de propósito não por esquecimento), é quando o profissional não fez o que deveria ter feito, seja por passividade, desmazelo, descuido, menosprezo, preguiça ou mesmo cansaço. Neste caso podemos citar um exemplo de culpa por negligência:

- Transmissão de infeções como resultado de incumprimento de regras de biossegurança (p.ex. uso de agulhas, sondas, catéteres e outros materiais contaminados não esterilizados).
- Casos de urgência médica, exemplo anemia grave, desidratação grave, não identificados pelo clínico na fila de espera para triagem, por falta de verificação regular conforme as normas nacionais.
- Doentes agitados não devidamente imobilizados, sofrendo quedas traumáticas nos seus leitos.

B. Imprudência: consiste na precipitação, na falta de previsão, em contradição com as normas de procedimento prudente. É quando o médico faz o que não devia, seja por má avaliação dos riscos, por impulsividade, por falta de controle, por pressa, por falta de atenção, por embriagues, por influência de drogas ou outros medicamentos. Exemplos:

- Um clínico que comete erros nas consultas por estar sobre o efeito de álcool.
- Aproveitar-se do estado emocional do paciente - medo, pressão, stress etc, para saltar ou não cumprir cabalmente as normas e protocolos básicos.
- Um erro cometido porque o clínico está a escutar música, falar ao telefone, ou a conversar com colegas durante a consulta.

C. Imperícia: é a omissão, prática ou a execução de um acto erradamente cometido por ignorância de algo básico que qualquer clínico da categoria deve saber. Exemplo:

- Prescrição de metronidazol a mulheres no primeiro trimestre de gravidez.
- Receitar tetraciclina em crianças pequenas.
- Não reconhecer sinais de desidratação numa criança com diarreia.

D. Prejuízo propositado: é a omissão, prática ou a execução de um acto erradamente, de forma propositada com o intuito de criar dano ao paciente. Exemplo:

- Uso dum medicamento tóxico para provocar morte, invalidez ou outro prejuízo permanente ou temporário a um indivíduo que o profissional acha inimigo ou concorrente (inveja, vingança, ódio, racismo etc.).
- Executar um procedimento de forma que provoca mais dor ou trauma que necessário. Por exemplo: uso duma algália de maior tamanho que a recomendada, a homem que suspeita ser amante de sua esposa.
- Aproveitar o facto de estar em vantagem (o paciente esta doente e preocupado e você pode prestar cuidados) numa consulta para assediar um paciente sexualmente.

Apesar de penalizados e da existência de outros mecanismos para a protecção da saúde dos pacientes, em Moçambique ocorrem anualmente milhões de casos de mau funcionamento nas unidades sanitárias e más práticas clínicas; dado que a maioria dos pacientes e da população em geral desconhece os seus direitos, esses erros não são reportados.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** Embora não se tenha uma informação exacta sobre o magnitude do erro médico e da má-prática em Moçambique, informações à nível global sugerem que estes são problemas frequentes e graves.
- 5.2.** Erro Médico: são falhas evitáveis que os profissionais clínicos podem cometer no âmbito da realização das suas actividades profissionais e têm como resultados prejuízos para a saúde dos pacientes.
- 5.3.** Má prática clínica: é um acto de negligência, imprudência, Imperícia ou acto propositado. que resulta num prejuízo para a saúde de pacientes.
- 5.4.** É importante diferenciar o erro médico da má-prática, porque a má-prática é um acto criminal e assim medidas diferentes precisam ser tomadas para resolução de cada caso.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	2
Tópico	Exercício da Prática Profissional	Tipo	Teórica
Conteúdos	Erro Médico	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever erro médico;
2. Enumerar os diversos tipos de erro médico e a sua implicação para um Técnico de Medicina;
3. Descrever as formas práticas de evitar os diversos tipos de erro médico;
4. Reconhecer o que fazer em caso de erro médico.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Tipos de Erro Médico e Causas Comuns		
3	Formas Práticas de Evitar um Erro Médico nas Unidades Sanitárias		
4	O que Fazer em Caso de Erro Médico		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Bibliografia:

- Barger Lk, et al (2006) Impact of external duration shifts on medical errors, adverse events and attentional failure. *PLOS Med* 3(12):e487
- *BMJ* 2000 March 28;320(7237):726-727 Albert W Wu- Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistakes needs help too
- [Http://franmarta@terra.com.br](http://franmarta@terra.com.br)- Costanze, Bueno Advogados(O erro médico é o mau resultado ou resultado adverso decorrente da acção ou omissão do médico) 22.05.07
- Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al (2004). "Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units". *N. Engl. J. Med.* **351** (18): 1838–48. [doi:10.1056/NEJMoa041406](https://doi.org/10.1056/NEJMoa041406). PMID 15509817.
- Barger LK, Ayas NT, Cade BE, et al (December 2006). "[Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030487)". *PLoS Med.* **3** (12): e487. [doi:10.1371/journal.pmed.0030487](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030487). PMID 17194188.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al (March 2008). "[Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study](https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE)". *BMJ* **336** (7642): 488–91. [doi:10.1136/bmj.39469.763218.BE](https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE). PMID 18258931. PMC 2258399. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/bmj.39469.763218.BEv1>.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: TIPOS DE ERRO MÉDICO E CAUSAS COMUNS

2.1 É possível distinguir tipos de erro médico em duas categorias:

1. Erro de Diagnóstico
2. Erro de Conduta Terapêutica

2.1.1. Erro de Diagnóstico

São todos os erros relacionados com o diagnóstico da doença em causa cuja fonte de informação é a história clínica e/ou os exames complementares de diagnóstico, resultando em dano humano ou morte : exemplos:

- O clínico não consegue enquadrar os sintomas que lhes são apresentados a uma doença específica, por exemplo:
 - Criança de 5 anos de idade com tosse, febre, dificuldade respiratória, fôvres crepitantes bilaterais que lhe é feito o diagnóstico de síndrome gripal, quando na verdade deveria ser broncopneumonia.
 - Não diagnóstico de uma pré-eclâmpsia, eclâmpsia em gestante com um quadro clínico compatível, que resulta na morte da parturiente.
- Enquadrar os sintomas que o doente apresenta à doença errada, por exemplo:
 - Doente com sintomas e sinais de anemia grave (fraqueza, mucosas e pele pálidas) que lhe é feito o diagnóstico de insuficiência cardíaca.
- Fazer a leitura errada de um exame complementar de diagnóstico, por exemplo:
 - Interpretar como anemia moderada Hb de 50gr/dl ao invés de anemia grave resultando em insuficiência cardíaca e morte.
 - Interpretar de forma errada uma imagem de condensação pulmonar ao Rx do tórax compatível com pneumonia resultando em agravamento do quadro clínico, interpretar de forma errada um tamponamento cardíaco no electrocardiograma, resultando em morte.
- Fazer um exame físico superficial resultando em um diagnóstico falso, por exemplo:
 - Doente com fractura no braço que lhe é feito o diagnóstico de contusão, com agravamento do estado clínico.

Possíveis Causas:

- O clínico não utiliza os instrumentos de consulta como por exemplo, normas clínicas, guiões algoritmos,
- O clínico encontra-se desactualizado sobre os protocolos de investigação clínica.
- O clínico é pouco comunicativo, não interage com os colegas de semelhante categoria ou categoria superior para troca de experiência, discussão de casos ou esclarecimento de dúvidas.

Factores Contextuais:

- Cansaço do clínico - ficou toda a noite nas urgências e agora está a trabalhar (estudos indicam que o número de erros médicos aumenta por 3 vezes quando os clínicos não dormem por 24 horas consecutivas).
- Depressão e desmoralização (falta de motivação?) do clínico.
- Longas filas de pacientes e pouco tempo para a avaliação clínica.
- Inexistência de normas, guiões algoritmos actualizados.
- Inexistência ou ineficiência de material e equipamento para a realização de uma avaliação clínica e de meios auxiliares de diagnóstico (ausência de marcação, aparelho para o Rx inexistente ou obsoleto, ausência de aparelho para hemograma, esfigmomanómetros, aparelhos para ventilação mecânica...)
- Diferença linguística entre o paciente e o clínico.
- Infra-estruturas inadequadas/insuficientes para uma avaliação clínica adequada (salas pequenas, espaço insuficiente, mesmo espaço para diferentes actividades).
- Falta de planificação e organização de cursos de capacitação, encontros clínicos, actividades de mentoria ou formação em trabalho.

Medidas para Minimizar:

- Consulta dos instrumentos disponíveis em caso de dúvida (normas, guiões, algoritmos).
- Participar em cursos de actualização ou em actividades de mentoria (formação contínua).
- Participar em encontros clínicos para a apresentação de temas sobre as patologias com maior morbi-mortalidade, discussão de casos clínicos e troca de experiência.
- Melhorias das condições físicas, de materiais e equipamento da unidade sanitária.
- Disponibilização de guiões, normas e algoritmos actualizados.
- Planificação e organização de cursos de capacitação, encontros clínicos, actividades de mentoria ou formação em trabalho.

2.1.2. Erros na Conduta Terapêutica

São todos os erros relacionados com o tratamento do doente. Exemplos:

- Erros na receita do medicamento (falta de instrução necessária como a hora de administração, via de administração), dosagem errada, via ou frequência de administração erradas
- Receita de 2 medicamentos com interacções prejudiciais.
- Prescrição de metronidazol durante o primeiro trimestre de gravidez.
- Receita de medicamento não adequado para a doença em causa.
- Administração errada (não adequada?) duma receita correcta (auto-administração errada pelo paciente, ou administração errada por outro clínicos/ enfermeiros)
- Omissão (a não prescrição de um medicamento necessário)

Possíveis Causas:

- O clínico não usa o formulário nacional de medicamentos para confirmar as doses, indicações contra-indicações etc.

- O clínico não discute a história de tratamento na anamnese – história de alergias a medicamentos do paciente, não confirma a idade gestacional, etc.
- O clínico não explica bem a administração do medicamento, e/ ou não verifica se o paciente percebeu.
- O clínico confunde 2 medicamentos com nomes parecidos.
- O clínico não escreve com letra legível na receita.
- O farmacêutico / enfermeiro não consegue ler a receita.
- O clínico está desatualizado em relação aos protocolos do tratamento.

Factores contextuais:

- Cansaço do clínico - ficou toda a noite nas urgências e agora está a trabalhar (investigações indicaram que o número de erros médicos aumenta por 3 vezes quando clínicos não dormem por 24 horas consecutivas).
- Depressão e falta de motivação do clínico.
- Longas filas de pacientes e pouco tempo de explicação.
- Falta de acesso ao formulário de medicamentos.
- Diferenças linguísticas entre o paciente e o clínico.
- Condições complicadas ou múltiplas condições (mais frequentes com pacientes seropositivos e pacientes idosos).

Medidas para Minimizar:

- Sempre confirmar se o paciente compreendeu a explicação.
- Escrever a receita clara e correctamente.
- Manter uma cópia do formulário de medicamentos nas salas de consultas.
- Lembrar-se de confirmar a história clínica pregressa, idade gestacional, história de reacções a medicamentos.
- Fazer pausas para descansar em intervalos apropriados.
- Evitar trabalhar mais que 24 horas sem descanso.
- Solicitar ajuda de um colega para interpretar a língua do paciente se não percebe.
- Participar de cursos de capacitação.

2.2. Outras Situações de Erro Médico que Podem Acontecer na Prática Clínica:

- Resultado anormal e desproporcional em relação ao esperado ou habitual: morte ou lesões graves ocorridas durante o decurso de uma intervenção normal e sem complicação, ou morte materna no decurso de um parto sem complicações prévias.
- Morte de paciente como resultado de não prestação de cuidados de emergência devido a ausências do clínico sem justificativa.
- O não cumprimento do dever de informar e de solicitar o consentimento do paciente ao realizar procedimentos clínicos que podem ser sensíveis ou lesivos à integralidade física ou à dignidade dos pacientes. Exemplo:

- Não solicitar a uma mãe seropositiva o consentimento para fazer o teste de HIV a sua filha de 2 meses de idade.
- Não informar a um paciente que sofreu um acidente de viação grave que a sua perna direita vai ser amputada.

Ainda em relação ao consentimento informado do paciente, é importante ter certeza de que ao paciente foi-lhe explicado e compreendeu a natureza da intervenção a qual vai ser submetido, os riscos e os benefícios do mesmo incluindo aqueles riscos relacionados com a sua condição pessoal, como por exemplo a idade, ou estado de saúde, os prognósticos e os procedimentos que constituem possíveis alternativas a esse, as possíveis alternativas.

BLOCO 3: FORMAS PRÁTICAS PARA MINIMIZAR O ERRO MÉDICO NAS UNIDADES SANITÁRIAS

As mudanças no perfil epidemiológico do país que se caracteriza pelo aparecimento do HIV e de outras doenças crónicas. A descentralização dos cuidados e tratamento dessas patologias para níveis primários de saúde, tornou a prática clínica levada a cabo pelos Técnicos de Medicina uma actividade mais complexa. Como resultado, os efeitos adversos relacionados com a atenção clínica são cada vez mais frequentes. Existe a necessidade de considerar os seguintes factores:

3.1. Problemas de Sistemas, Normas e Procedimentos:

- Fraca comunicação: Diferenças linguísticas entre o clínico e o paciente ou entre os clínicos, informação sobre o doente incompleta, por vezes ilegível, documentação inapropriada (uso da requisição de análises clínicas como guia de transferência do paciente), fraca troca de informação entre os clínicos e entre estes e os pacientes.
- Hierarquia imprecisamente definida, entre clínicos (médicos?), enfermeiros e outros (dificuldade no seguimento apropriado dos doentes e no fluxo de informação dentro da unidade sanitária e entre unidades sanitárias).
- Sistemas de referência e processos clínicos inadequados (situações em que um paciente é referido pelo enfermeiro para o médico, quando o mesmo deveria ser referido para a técnico de medicina ou referência de um paciente sem urgência médica de um centro de saúde periférico para o Hospital Provincial sem que o mesmo seja primeiro observado no Hospital Distrital, processos clínicos de referência inadequados ou incompletos).
- A impressão que outros estão a assumir a responsabilidade para um problema (fraca cultura de comunicação entre colegas e entre serviços e muitas vezes falta a sensibilidade e preocupação em saber se uma determinada informação enviada foi recebida e devidamente encaminhada).
- Processos inadequados para a monitoria e discussão de erros (inexistência de um fórum próprio para a discussão de erros, o medo de quem cometeu o erro ser incriminado pelos seus superiores hierárquicos, a falta de apoio emocional dos colegas ou dos seus superiores hierárquicos).
- Infra- estrutura inadequada (espaço insuficiente ou degradado para um atendimento adequado ao paciente).

Possíveis Soluções:

- Desenvolvimento de protocolos, normas de procedimentos; a difusão com todo o pessoal da unidade sanitária das normas e das novas tecnologias e incentivar a prática de uma boa e efectiva comunicação na unidade sanitária, tanto entre o pessoal clínico, pessoal clínico e de apoio e de todo pessoal da Unidade Sanitária como os utentes.

- Divulgação e seguimento pormenorizado das normas nacionais de funcionamento das unidades sanitárias por nível de atendimento.
- Definição clara dos níveis de referência dentro e fora da unidade sanitária, registos de dados sobre todos os procedimentos realizados aos pacientes: informação do processo individual do paciente, as receitas médicas etc, devem todos conter informação suficiente e claramente escrita (evitar o uso de abreviaturas, de sinais de pontuação que propiciem um erro de leitura, uso de letra/caligrafia clara e legível, uso de documentos apropriados na transferência dos pacientes).
- Assumir maior responsabilidade e fazer seguimento adequado dos seus pacientes: os exames que solicitam e que necessitam de relatório médico, quando solicita interconsulta com outros clínicos ou especialistas ou quando transfere para outros níveis de atenção em outras unidades sanitárias.
- Criação de um fórum para a discussão de erros médicos, causas de morbi-mortalidade, etc.
- Negociar com seus supervisores a melhoria de infra-estruturas.

3.2. Formação e Competência

- Fraca capacidade de raciocínio.
- Formação inadequada ou desactualizada.
- Tendência de esconder ou não admitir que cometeu um erro médico ou de reconhecer a gravidade do problema de erros médicos e assim falta de discussão acerca de como resolver problemas.
- Fraca comunicação com os colegas para a discussão de casos, esclarecimento de dúvidas.

Possíveis soluções

- Promover na unidade sanitária a discussão de casos clínicos, apresentação e discussão de temas focalizando as principais causas de morbimortalidade.
- Promover o seguimento pormenorizado dos protocolos e normas clínicas nacionais. Oferecer oportunidade de formação contínua, incluindo tutoria, baseada nas necessidades de cada profissional e de trabalho e certificar que o conhecimento é replicado entre os colegas.
- Incentivar a partilha de problemas de trabalho, consulta e discussão de erros médicos cometidos e criar o espírito de interajuda na busca de soluções.
- Incentivar boa comunicação e consultas para esclarecimento de dúvidas.

3.3. Factores Humanos:

- Cansaço de funcionários.
- Condições de trabalho inadequadas.
- Depressão.

Possíveis soluções:

- Fazer com que os profissionais gozem férias anuais.
- Controlar a equidade nas escalas de trabalho.
- Prestar apoio necessário ou encaminhar o profissional com depressão para serviços especializados.

Conclusão? Nota?

Cometer erros é uma condição humana: portanto pretender erradicar os erros é um objectivo não realista, contudo, é possível controlar e reduzir a ocorrência de erros, pelo menos os de maior gravidade. Isto pode conseguir-se através da integração de factores individuais, de equipa, técnicos e organizacionais e o estabelecimento das diferentes estratégias preventivas cuja essência é uma boa e efectiva comunicação num sistema de saúde bem estruturado e funcional a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde aos utentes.

BLOCO 4: O QUE FAZER EM CASO DE ERRO MÉDICO

O que você como Técnico de Medicina após cometer um erro médico deve fazer?

De maneira geral, a atitude do clínico em relação a um erro médico tem sido mais frequentemente a de negação: negar a existência do erro. Devido ao facto de que todos os clínicos em alguma ocasião cometeram algum erro médico, cria um sentimento de empatia mútua que leva a falta de crítica. Nesse caso justifica-se o erro alegando razões como as naturais incertezas que rodeiam a prática clínica; as limitações humanas; as características das doenças e dos doentes; os problemas de organização dos serviços de saúde; a fadiga e excesso de trabalho; entre outros.

Todo profissional de saúde sabe sobre a dificuldade de cometer um erro, a pessoa sente-se exposta, presa ao sentimento de se alguém percebeu, fica em dúvida sobre o que fazer, se deve dizer a alguém, o que dizer, questiona a sua competência, mas ao mesmo tempo tem medo de ser descoberto, sabe que deve confessar mas ao mesmo tempo teme a punição e reacção do paciente.

Muitas vezes o apoio que necessitamos depois de cometermos um erro médico raramente conseguimos. Uma razão é que aprender das falhas dos outros ajuda ao clínico a destituir-se dos seus erros passados e ajudar o grupo a ser menos exposto ao erro médico.

Tem sido sugerido que a única forma de enfrentar a culpa depois de um erro grave é a confissão, mas a falta de fórum próprio para a discussão e outros riscos de repressão de superiores hierárquicos torna isto impraticável.

Sugestão de exercício 30 minutos

Divida os alunos em grupos de 5 para discutirem e dizerem o que acham sobre as seguintes questões:

1. O que fazer quando um colega comete um erro?
2. Como gostaríamos que os outros reagissem?
3. Como fazer para que seja seguro falar sobre os erros?

A apresentação de cada grupo pode ser efectuada em papel gigante

R: Possíveis respostas:

É importante encorajar o colega a descrever o que aconteceu.

Revelar a sua própria experiência pode diminuir o sentimento de isolamento do colega.

Perguntar acerca do erro, reconhecer o impacto e perguntar como o colega se sente após o erro.

Se o doente e a família não estão a par do erro, a importância da sua revelação deve ser discutida.

O clínico tem a responsabilidade ética de dizer ao paciente sobre o erro especialmente se o erro pode causar danos ao paciente.

Depois de admitir o erro, estar perante um clínico, paciente e família generosa e positiva se pode abordar o erro:

1. *Procurar a solução do foco do problema.*
2. *Explorar o que poderia ter sido feito de maneira diferente.*
3. *O que poderá ser feito na instituição e ao clínico para evitar recorrências.*

Médicos, técnicos, farmacêuticos, enfermeiros estão susceptíveis aos erros. Quando cometer um erro, fale com o seu colega, outro técnico com qualificações superiores ou o seu superior hierárquico, com quem se sente em segurança em confessar o erro. Observa a reacção do seu colega e observe a sua própria reacção: Que ajuda recebeu? O que fez disso difícil?

Os clínicos sempre cometerão erros, o factor decisivo será como lidar com eles. A segurança do doente e a saúde e bem estar do clínico estarão bem servidos se nós podermos ser honestos sobre os nossos erros para os doentes, colegas e nós próprios.

A atitude correcta perante os erros médicos é aceitar a existência dos erros médicos e a possibilidade de preveni-los através do reconhecimento, e da análises e modificação/correção dos principais factores identificados como causas.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1. Os dois tipos de erro médico principais são:

- O erro de diagnóstico que acontece em situações em que o clínico ou não consegue enquadrar os sintomas que lhes são apresentados a uma doença específica, ou enquadra os sintomas que o doente apresenta a uma doença errada ou faz a leitura errada de um exame complementar de diagnóstico.
- O erro de conduta terapêutica, que acontece seja por erro na receita (medicamento errado, dose errada, instruções para a toma erradas, incompletas ou ausentes), prescrição de medicamento contra-indicado, prescrição de medicamentos com interacções medicamentosas prejudiciais ou omissão de prescrição de um medicamento necessário.

5.2. Para minimizar a ocorrência de erro médico nas unidades sanitárias, devem ser desenvolvidas acções interventivas para os principais factores, nomeadamente problemas de sistema, normas e procedimentos, formação, competência e o factor humano.

5.3. O clínico que comete um erro médico, deve confessá-lo à pessoa com a qual sente segurança (colega ou superior hierárquico). O clínico tem a responsabilidade ética de dizer ao paciente sobre o erro especialmente se o erro pode causar danos ao paciente.

5.4. Se estás perante um colega que cometeu um erro médico, comece por revelar a sua própria experiência porque pode diminuir o sentimento de isolamento do colega, pergunta acerca do erro, avalia e discuta a importância da revelação à família. A seguir procura a solução do foco do problema, explora o que poderia ter sido feito de maneira diferente o que poderá ser feito na instituição e ao clínico para evitar recorrências.

5.5. A atitude correcta perante os erros médicos é aceitar a existência dos erros médicos e a possibilidade de preveni-los através do reconhecimento, e da análises e modificação/correção dos principais factores identificados como causas.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	3
Tópico	Exercício da Prática Profissional	Tipo	Teórica
Conteúdos	Segredo Profissional e Confidencialidade	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir confidencialidade e segredo profissional.
2. Identificar os argumentos que determinam e condicionam a confidencialidade e segredo profissional.
3. Listar as razões que determinam, eticamente, a quebra do segredo profissional.
4. Aplicar os conceitos de confidencialidade e segredo profissional em todos os aspectos da prática clínica e vida particular, salvo quando não aconselhado eticamente.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Confidencialidade ou Segredo Profissional		
3	Importância de Manter a Confidencialidade		
4	Delimitação do Segredo Médico no Contexto Profissional		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Bibliografia:

- Patitó José A: Medicina Legal. Capítulo 4: Secreto Médico. Ediciones Centro Norte, pag102-103, 2001.
- Basile Alejandro: Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética. Capítulo 2: Los Derechos de los Médicos. Ed. El Ateneo 3ra edición . Pag.30-34, 1999.
- http://www.cgcom.org/not_omc/ Manifiesto en defensa de la confidencialidad y el secreto médico
- <http://www.zonapediatrica.com/Zonas/Bioetica/secretomedico.html>.La revelación del secreto médico es daño moral y una intromisión a la intimidad.
- Urrutia AR, Urrutia DM, Urrutia CA, Urrutia GA: Responsabilidad Médico Legal de los Cirujanos. Cap 3 Deberes y Derechos de las Partes. Ediciones Héctor Macchi, Buenos Aires. Pag 77-84, 1995.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2 Apresentação da estrutura da aula.

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONFIDENCIALIDADE OU SEGREDO PROFISSIONAL

A confidencialidade é também conhecida como segredo ou sigilo profissional ou médico.

Actividade 15 min - Chuva de Ideias

P 1: O que vocês acham que é a confidencialidade ou segredo profissional?

P 2 : Que situações viveram como alunos ou como estagiários que vos fazem pensar que se trata de confidencialidade?

A confidencialidade, embora um dos preceitos éticos mais antigos da prática clínica (tradicionalmente ligada à ética profissional desde o Juramento de Hipócrates), continua um tema extremamente actual no exercício da relação médico-paciente.

O Juramento de Hipócrates, sec V a C, 9º Mandamento estabelecia que: “**Guardarei segredo** acerca de tudo o que ouço ou vejo e não seja preciso que se divulgue, seja ou não do domínio da minha profissão, considerando um dever o ser discreto ...”

A confidencialidade continua a ser enfatizada no “Código Internacional de Ética Médica” da Assembléia Médica Mundial actualmente usado como guião em Moçambique (enquanto se elabora o Código de Conduta Médica Nacional). “O médico irá manter confidencialidade absoluta sobre tudo o que ele sabe acerca do seu paciente mesmo após a sua morte”.

A confidencialidade ou segredo profissional apoia-se nos princípios fundamentais da ética médica:

- Na relação clínico-paciente, este deve, fazer sempre o seu melhor para a saúde do mesmo (beneficência);
- E deve evitar tudo o que pode prejudicar o paciente (não-maleficência);
- A vontade e decisão do paciente sobre a sua saúde deve ser respeitada (autonomia);
- O clínico deve primar pela prestação de cuidados e tratamentos ao paciente com respeito e da mesma forma, independentemente da condição que ele apresenta (equidade / justiça);
- Muitas doenças são estigmatizadas ou vem com julgamentos morais, o clínico deve evitar a divulgação de informação clínica (dignidade).

O Segredo Médico (segredo profissional): abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico, no exercício do seu trabalho ou por causa do seu trabalho. Constitui segredo médico, toda a informação sobre o estado de saúde do utente, e no caso de que este apresente alguma patologia, os sintomas e os sinais observados, o prognóstico; as possíveis consequências, o tratamento indicado, os resultados do tratamento e das análises, e ainda, todas as revelações dos pacientes no decurso do acto médico. Toda a informação colhida deve ser protegida contra a sua revelação não autorizada.

Os clínicos, no decurso da sua actividade profissional têm acesso através da anamnese, do exame físico, dos meios auxiliares de diagnóstico, através de relatórios médicos ou mesmo de colegas, de

conhecimentos sobre dados e circunstâncias sobre os pacientes, que deve ser preservada. É dever do clínico não revelar a informação obtida durante o acto médico.

Todos os membros da equipa de serviços de saúde têm o dever e obrigação de manter o segredo médico. Isto inclui os médicos, técnicos de medicina, enfermeiras, técnicos de laboratórios, pessoal auxiliar e de limpeza, estudantes estagiários, que têm acesso à informação do paciente quer nas consultas, serviços de internamento ou nas explorações complementares.

A confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade, que é uma reivindicação positiva de um indivíduo a um status de dignidade pessoal, a um tipo muito especial de liberdade, que envolve sua eleição sobre que fatos ou informações pessoais deseja ou não revelar e sobre a preferência do momento em que ele o fará. Exemplo: uma mulher seropositiva que não pretende revelar o seu seroestado ao seu marido porque teme ser abandonada. Este desejo da mulher deve ser respeitado. O dever do clínico é oferecer todo o apoio necessário, inclusive na revelação ao seu marido.

A privacidade deve ser igualmente salvaguardada em todos os momentos em que o paciente revela qualquer informação relacionada com a sua doença ao clínico e quando este executa o exame clínico, por exemplo: o gabinete ou local onde acontece a consulta médica ou observação do paciente deve se manter fechado ou vedado com biombos. O clínico apenas deve pedir ao paciente para expor as partes necessárias do seu corpo para o exame físico relevante. A presença de outras pessoas na consulta, por exemplo alunos durante o estágio, deve ser precedida de um claro esclarecimento ao doente e a solicitação de sua autorização (explicando que são alunos que estão a aprender como avaliar e tratar doentes).

BLOCO 3: IMPORTÂNCIA DE MANTER A CONFIDENCIALIDADE

Não é difícil um clínico entender que a confidencialidade é um dos pilares fundamentais à sustentação de uma relação clínico-paciente produtiva e de confiança, pois, traz benefício para o paciente e para a sociedade.

3.1 Nas relações clínicas são consideradas características importantes:

1. Confidencialidade na relação interpessoal, clínico-paciente.
2. Confidencialidade do registo desta informação.

Na **relação clínico - paciente** a confidencialidade implica um pressuposto - a confiança - que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada. Assim, a informação confidencial é tanto privada quanto voluntariamente compartilhada, numa relação de confiança.

Na informação dos registos outro desafio se apresenta: a crescente organização de redes de armazenamento de informações e a utilização compartilhada dos dados sobre um único indivíduo favorece uma maior intrusão na intimidade dos pacientes. Deste modo, a informação é compartilhada ou revelada de maneira controlada pela instituição com o propósito de proteger a privacidade do paciente.

Como é que a informação do paciente deve ser armazenada/ conservada?

- A forma mais importante de armazenar informação sobre o paciente é através de ficheiros ou processos clínicos. A informação é conservada em papel ou de forma digital em computadores. Na maioria das unidades sanitárias do nosso país, os processos clínicos dos pacientes são conservados em papel e guardados em arquivos clínicos (salas ou espaços com armários ou prateleiras), obedecendo uma certa ordem numérica para facilitar a sua localização em caso de necessidade de uso da informação do paciente.

- **O processo clínico:** é um documento lavrado por escrito pelo clínico durante o acto médico e contém informação clínica que diz respeito ao paciente. O acesso à informação contida no processo clínico é reservado à equipa de cuidados do paciente e deve ser apenas utilizada em benefício deste. Os processos clínicos, quando não em uso devem ser conservados nas salas, armário ou prateleiras correctas.

Nem o clínico nem qualquer outro membro da equipa da US deve levar qualquer processo de um sítio público na US, de forma que alguém estranho possa ler.

Os processos clínicos não podem ser mostrados à outras pessoas sem o consentimento do paciente.

O clínico nunca deve deixar os processos abertos na sua secretária quando chamar o paciente seguinte.

Como o profissional de saúde deve fazer o uso de informação, garantindo a confidencialidade?

- O clínico pode usar a informação produto das suas observações clínicas para discussões na equipa de trabalho como parte dos cuidados e tratamento do doente.
- O clínico como parte dos cuidados e tratamento pode transcrever a informação clínica em relatório para outro clínico, com garantia de confidencialidade durante o envio (exemplo: envelope contendo o relatório médico lacrado é direccionado apenas ao clínico que vai prosseguir com os cuidados e tratamento do doente).
- O clínico pode também usar a informação na docência e nas publicações científicas, mas para isso precisa de:
 - Ter previamente informado ao paciente e obtido consentimento deste.
 - A informação deve ser apresentada de forma que não permita a identificação do paciente.
 - A informação dada, deve limitar-se apenas aos aspectos relevantes e imprescindíveis para os objectivos da apresentação.
 - Os princípios de não maleficência e dignidade devem ser preservados.

3.2 Benefícios na Manutenção da Confidencialidade:

3.2.1 Relação clínico-paciente:

A confidencialidade traz benefícios tanto para o clínico quanto para o paciente, e esta resulta do vínculo, da confiança e comprometimento entre ambos:

- A confidencialidade encoraja aos pacientes a descreverem todos os seus problemas e circunstâncias de vida, o que aumenta a capacidade do médico de realizar os diagnósticos mais pertinentes e a seguir uma conduta terapêutica adequada.
- Os pacientes sentem-se mais seguros e têm melhor adesão ao tratamento.
- Há mais cumprimento com as visitas de controlo.
- Difundem uma boa imagem sobre o clínico o que melhora a sua auto-estima e desempenho.

3.2.2 Relação clínico-unidade sanitária-sociedade

- Confiança no pessoal que presta os cuidados de saúde.
- Melhoria na utilização dos serviços, inclusive para consultas preventivas como por exemplo: imunizações e controle de crescimento nas crianças; controle da mulher grávida ou em idade fértil, HTA, aconselhamento e testagem em saúde, etc.

- Divulgação de boas práticas pelos utentes, por exemplo, que é benéfico a mulher grávida fazer as consultas porque recebe conselho da enfermeira sobre a alimentação durante a gravidez, que os cuidados e tratamento para o HIV/SIDA são oferecidos todos os dias, etc.

BLOCO 4: DELIMITAÇÕES DO SEGREDO MÉDICO NO CONTEXTO PROFISSIONAL

No modelo actual de cuidados hospitalares, dezenas de pessoas têm acesso aos processos clínicos dos pacientes, partilhando uma informação que, originalmente, foi revelada a outro profissional. Esta partilha de informação tem sido considerada benéfica do ponto de vista assistencial, pois visa proporcionar ao doente todos os cuidados disponíveis na instituição para o correcto diagnóstico e tratamento de sua doença. Mas essa partilha precisa ser delimitada e orientada pelas seguintes considerações.

O clínico é muitas vezes confrontado com situações em que deve decidir, guiado pelos princípios de ética médica, que informação pode, deve ou não deve partilhar com os colegas em vários contextos.

Qualquer decisão que o clínico tomar durante os cuidados e tratamento do paciente, em relação ao uso de informação, deve ser sempre tomada em benefício do paciente, assim sendo:

- Informação sobre pacientes somente pode ser partilhada com outros clínicos em certos contextos, incluindo:
 - Se estiver envolvido nos cuidados do paciente.
 - Se estiver a pedir opinião / apoio / conselho / tirar dúvidas.
 - Para a formação do outro clínico.
 - Se estiver a referir/ transferir o paciente.
- Somente informação clinicamente relevante ao diagnóstico, cuidados e tratamento do paciente pode ser partilhada com os outros clínicos.
- Pode dar informações a outros funcionários de saúde, envolvidos nos cuidados do paciente, somente se a informação for necessária para a prestação de cuidados.
- Deve dar qualquer informação acerca do paciente necessária para a proteção dos funcionários de saúde. *(p.ex. se o paciente tem TB activa, o pessoal precisa ser informado para tomar medidas preventivas (uso de máscaras N95)).*
- Somente podem ser dadas informações adicionais se a condição do paciente exige medidas de protecção para além das normas de biossegurança normais *(por exemplo, o enfermeiro não precisa ser informado que um paciente que lhe vai extrair amostra de sangue é seropositivo, porque as medidas de biossegurança normais são suficientes para proteger).*
- Se o paciente é um funcionário de saúde e tiver uma condição que pode prejudicar os pacientes ou outros colegas, pode continuar a trabalhar.

Nota, a partilha de informações confidenciais dum paciente nos serviços de saúde, nos contextos acima listados não é considerado quebra da confidencialidade. Existem contextos em que a confidencialidade pode ou deve ser quebrado. Isto será tratado na próxima aula.

Actividade 40 min

Divida a turma em grupos, apresente os casos e peça aos alunos para tomarem decisões seguindo as 6 orientações acima listadas.

Permita que discutam durante 25 minutos.

Dê mais 15 minutos para que façam a apresentação e discutam em plenária

Caso 1: Você é clínico numa unidade sanitária e acaba de referir um doente, que você sabe que é seropositivo, para a sua colega enfermeira tirar uma amostra de sangue para fazer a perquisa de infecção.

- 1) Deve informar à sua colega sobre o seroestado do doente? Se sim, porquê? Se não, porquê?
- 2) Se informar, quais seriam os benefícios para o doente? E quais seriam os riscos?
- 3) Se você não informar, quais seriam os benefícios? E quais seriam os riscos?

Resposta:

- 1) *Não devo informar à minha colega, porque esta informação não é relevante para o procedimento médico que a enfermeira vai realizar, nem é necessário para proteger a ela, se seguir as normas de biossegurança.*
- 2) *Se informar, o paciente não terá nenhum benefício adicional, mas pode sofrer riscos, exemplo: a enfermeira separá-lo dos outros doentes, atendê-lo de forma diferente, por exemplo, duplicando as luvas para a extracção da amostra de sangue, ou não prestar a devida atenção, ou priorizar o atendimento de outros pacientes.*
- 3) *Se não informar, não haverá risco para o funcionário (a enfermeira) se as normas de biossegurança forem seguidas correctamente. Os benefícios para o paciente são a evitar os riscos acima listados. Pode ser argumentado que o benefício de informar a enfermeira, será que ela irá seguir as normas de biossegurança duma maneira mais rigorosa quando sabe que esta a tratar uma pessoa seropositiva. Mas, considerando o alto nível de prevalência de HIV no país pacientes com testes seronegativos devem ser consideradas “de estado desconhecido”.*

Caso 2: Você faz uma consulta a um colega, que também é Técnico de Medicina, e acaba de confirmar que tem tuberculose pulmonar BK+. Uma semana depois, você descobre que ele continua a ir para o seu local de trabalho.

Você acha que deve informar ao director clínico que ele tem tuberculose? Porquê?

Resposta:

Você deve sim, informar que ele tem tuberculose, porque a tuberculose é uma doença infecto-contagiosa que exige medidas de protecção adicionais (máscara N95).

Caso 3:

Você acaba de atender na sua consulta um padre que acaba de sofrer um acidente e sofreu uma fractura do braço. Durante a consulta além da história do acidente ele lhe conta que também possui uma ITS (infecção de transmissão sexual). Você necessita referi-lo para o seu colega para a imobilização da fractura.

Que informação seria relevante fornecer ao seu colega? Que informação não seria relevante?

Resposta:

Seria relevante informar ao colega sobre a fractura do braço para merecer o tratamento adequado, mas não seria relevante informar que o paciente é padre nem que tem uma ITS. Não necessita partilhar esta informação pois não é necessária para o tratamento e vai ferir a privacidade e dignidade do padre.

Caso 4:

Você pretende discutir um caso com o seu colega cirurgião, de uma paciente que necessita de uma avaliação porque ela se queixa de dor na mama direita e há uma semana palpou uma espécie de bolinha e você suspeita que possa ter nódulo mamário. A mesma paciente foi por si observada na semana anterior por ter uma ITS e o exame de HIV que ela fez foi positivo. Esta paciente está em seguimento nas suas consultas.

Que informação deve ou não fornecer ao colega?

Resposta:

Deve informar ao seu colega cirurgião que sobre as queixas actuais da paciente: dor e a bolinha nas mamas. A ITS e o teste de HIV positivos não são relevantes para os cuidados e tratamento. E esta paciente continua em seguimento nas suas consultas, você não está a referir para continuar seguimento com o outro colega.

Caso 5:

Você é clínico e tutor na sua unidade sanitária e deve discutir com os seus alunos o caso clínico do senhor Alberto, que é agente de laboratório na unidade sanitária onde você trabalha. Você pretende discutir o risco de muitas parceiras na transmissão das ITS incluindo o HIV. O senhor Alberto contraiu gonorreia (é uma ITS) e na sua avaliação você soube que ele é casado e recentemente teve envolvimento amoroso com uma mulher, que se veio a saber que estava infectada pelo HIV. O senhor Alberto nem sempre usa o preservativo nas relações sexuais ocasionais.

Que informação sobre o senhor Alberto você vai partilhar com os seus alunos e que informação não vai partilhar?

Resposta

A informação necessária na discussão é: um paciente, casado que contraiu gonorreia e na avaliação se soube que tinha tido um envolvimento amoroso com uma mulher infectada por HIV. O paciente nem sempre usava preservativo nas relações sexuais ocasionais. O clínico não necessita citar o nome do paciente e não necessita mencionar que este trabalha na mesma unidade sanitária que ele, pois esta informação não é relevante e pode ferir a dignidade e a privacidade do paciente.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** A confidencialidade ou segredo profissional apoia-se em princípios de ética médica (autonomia, beneficência/não maleficência, dignidade, equidade/justiça).
- 5.2.** O Segredo Médico (segredo profissional) abrange toda a informação sobre o estado de saúde do utente, e no caso de que este apresente alguma patologia, os sintomas e os sinais observados, o prognóstico; as possíveis consequências, o tratamento indicado, os resultados do tratamento e das análises e ainda, todas as revelações do pacientes no decurso do acto médico.
- 5.3.** A privacidade deve ser igualmente salvaguardada em todos os momentos em que o paciente revela qualquer informação relacionada com a sua doença ao clínico e quando este executa o exame clínico. A presença outras pessoas na consulta, por exemplo alunos durante o estágio, deve ser precedida de um claro esclarecimento ao doente e um pedido de autorização.
- 5.4.** A confidencialidade é um dos pilares fundamentais à sustentação de uma relação clínico-paciente produtiva e de confiança, traz benefício para o paciente e para a sociedade, daí que nas relações clínicas são consideradas características importantes:
 - Confidencialidade na relação interpessoal, clínico-paciente
 - Confidencialidade do registo desta informação
- 5.5.** Determinadas informações podem ser partilhadas com outros membros da equipa clínica seguindo os seguintes orientações:
 - Informação sobre pacientes somente podem ser partilhados com outros clínicos se estiver envolvido nos cuidados, se estiver a pedir opinião, se está a formar o outro clínico, se estiver a referir/transferir o paciente.
 - Somente informação clinicamente relevante ao diagnóstico, cuidados e tratamento do paciente pode ser partilhado com outros clínicos.
 - Pode dar informações a outros funcionários de saúde, envolvidos nos cuidados do paciente, somente se a informação for necessária para a prestação dos cuidados.
 - Deve dar qualquer informação acerca do paciente necessária para a protecção dos funcionários de saúde.
 - Somente podem ser dadas informações adicionais se a condição do paciente exige medidas de protecção par além das normas de biossegurança normais.
 - Se o paciente é um funcionário de saúde e tiver uma condição que pode prejudicar os pacientes ou outros colegas se continua a trabalhar.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	4
Tópico	Exercício da Prática Profissional	Tipo	Teórica
Conteúdos	Segredo Profissional e Confidencialidade	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar as razões que determinam, eticamente, a quebra do segredo profissional.
2. Aplicar os conceitos de confidencialidade e segredo profissional em todos os aspectos da prática clínica e vida particular, salvo quando não aconselhado eticamente.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução a Quebra de Confidencialidade		
3	A Quem Divulgar o Segredo Médico e que Riscos Podem Advir desta Divulgação		
4	Medidas para Minimizar os Efeitos da Quebra de Confidencialidade		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Bibliografia (Referências usadas para desenvolvimento do conteúdo):

- Basile Alejandro: Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética. Capítulo 2: Los Derechos de los Médicos. Ed. El Ateneo 3ra edición . Pag.30-34, 1999.
- British Medical Association (BMA) 2009. Confidencialidade e divulgação do kit sobre informações de saúde (Confidentiality and disclosure of Health Information Toolkit). Disponível em: http://www.bma.org.uk/images/confidentialitytoolkitdec2009_tcm41-193140.pdf
- Gopher. Mcw.edu:72/001/Bioethics texts/practical ethics by Junkerman & Schierman/ch.06 confidentiality
- Jussura de Azambuja -confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1998.
- La revelación del secreto médico es daño moral y una intromisión a la intimidad. Disponível em: <http://www.zonapediatrica.com/Zonas/Bioetica/secretomedico.html>.
- Manifiesto en defensa de la confidencialidad y el secreto médico . Disponível em: http://www.cgcom.org/not_omc/
- Patitó José A: Medicina Legal. Capítulo 4: Secreto Médico. Ediciones Centro Norte, pag102-103, 2001.
- Urrutia AR, Urrutia DM, Urrutia CA, Urrutia GA: Responsabilidad Médico Legal de los Cirujanos. Cap 3 Deberes y Derechos de las Partes. Ediciones Héctor Macchi, Buenos Aires. Pag 77-84, 1995.
- Violação do sigilo médico sob a perspectiva do código de ética . Disponível em: <http://www.Jurisway.org.br/>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO A QUEBRA DA CONFIDENCIALIDADE

Como explicado na aula anterior, as informações que os pacientes fornecem, aquando do seu atendimento num hospital, posto de saúde ou consultório privado, assim como os resultados de exames e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica, o tratamento e o prognóstico, são de sua propriedade. Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde e administrativos que entram em contacto com as informações têm apenas autorização para ter acesso às mesmas em função de suas necessidades profissionais, mas não têm o direito de usá-las livremente.

A confidencialidade não é prerrogativa dos pacientes adultos, ela se aplica a todas as faixas etárias. Adolescentes e jovens têm o mesmo direito de ver preservadas suas informações pessoais, de acordo com sua capacidade de decisão, mesmo em relação a seus pais ou responsáveis. Considera-se o adolescente como um indivíduo capaz de exercitar progressivamente a responsabilidade quanto a sua saúde e exercer a sua autonomia. E segundo vários autores, a partir dos doze anos de idade, são considerados como não passíveis de distinção de um adulto capaz.

Voltando ao Código Internacional de Ética Médica, está consagrado que o clínico deve “**preservar a confidencialidade absoluta em tudo o que ele saiba acerca dos seus pacientes, mesmo após a sua morte**”. Há contextos em que a preservação de confidencialidade pode entrar em contradição com os princípios fundamentais da ética médica, nomeadamente: beneficência, não maleficência, justiça.

Actividade (10 min) Chuva de ideias estruturada

Peça aos alunos para darem exemplos de quando a preservação de confidencialidade pode prejudicar o bem-estar / saúde do paciente (contradição com beneficência).

Peça aos alunos para darem exemplos de quando a preservação de confidencialidade pode provocar danos ou riscos à saúde de outras pessoas (contradição com não maleficência, autonomia, justiça).

Possíveis respostas:

Avisar a outros familiares quando um paciente tem TB activa para eles poderem procurar tratamento.

Avisar aos familiares que um paciente adolescente está a usar drogas/ narcóticos ilegais.

Avisar aos familiares do regime de tratamento para um paciente que está sempre a esquecer de tomar os medicamentos.

Avisar a esposa / esposo dum paciente com ITS.

Avisar a polícia quando um exame físico de uma criança revela sinais de estupro / agressão sexual.

No entanto:

Existem situações em que a quebra de confiança e de confidencialidade pode acontecer, são situações específicas, em que através desse facto de revelar, seja obtido um bem maior que deve ser protegido, e este nunca deve ter um carácter pessoal. Na verdade, o dever de confidencialidade do clínico e o direito à confidencialidade do doente **não são absolutos**.

A quebra de confidencialidade (eticamente admitida ou não) refere às situações em que o clínico partilha informação sobre o paciente sem o seu consentimento. Sem consentimento, significa: situações

em que a autorização do paciente não foi solicitada, tal como situações em que o paciente foi solicitado mas recusou-se a autorizar o clínico. Por isso, a decisão tem de ser justificada por um bem maior.

Nota, a quebra de confidencialidade, mesmo quando eticamente admissível sempre expõe riscos para o paciente, por isso é sempre melhor tentar convencer o próprio paciente a partilhar a informação ou a autorizar o clínico a partilhar a informação.

Se o paciente concorda com a partilha da informação já não é considerada quebra de confidencialidade.

A preservação de segredos está associada tanto à questão da privacidade quanto a de confidencialidade e estes têm como fundamento ou sustentação os princípios fundamentais de ética médica (autonomia, beneficência/não maleficência, dignidade, justiça/equidade), como foi enfatizado na aula anterior. Estes princípios devem na medida do possível ser preservados aquando da tomada de decisão de quebra de confidencialidade e privacidade, para a preservação da vida ou preservação de outras pessoas.

Quais são as situações em que a quebra de confidencialidade é eticamente admitida ou exigida?

Na realidade há muito debate na literatura académica acerca de quando a quebra de confidencialidade é admissível ou obrigatória, e as orientações para o clínico variam muito de país para país dependendo das suas leis e sistemas da saúde. Na ausência dum código de ética para funcionários de saúde, ou instruções específicas do Governo da Republica de Moçambique, nesta aula vão ser apresentadas não regras mas orientações baseadas nas áreas em que nos parece haver um consenso internacional.

Situações em que o clínico pode quebrar		A quem deve informar
Um sério dano físico ou psicológico para o paciente aconteceu ou tiveram alta probabilidade de acontecer		
1	Se o clínico suspeita que violência sexual ou violência doméstica foi cometida a um paciente (não importa se o paciente é de idade maior ou não), o clínico é obrigado a informar mesmo se o paciente não admite que foi violentado.	À polícia, ao Serviço de Protecção da Mulher e Criança se houver.
2	Se o clínico suspeita de maus tratos ou negligência pelos cuidadores ou familiares dum paciente de idade menor ou adulto incapacitado (mentalmente ou fisicamente por idade, doença, incapacidade física).	Aos Serviços Provinciais da Mulher e Coordenação de Acção Social, Associações de apoio comunitário, outros familiares ou a polícia.
3	Se o paciente informa a intenção de se suicidar.	Serviços de saúde mental.
4	Se o paciente apresenta lesões por agressão ou violência (baleado, vítima de arma branca, ou ferido num acidente de viação).	Polícia
5	Para o benefício dum paciente se for incapaz de dar o seu consentimento (por exemplo de idade menor, inconsciente ou sofrendo duma doença ou condição mental que o torna incapaz de dar consentimento).	Familiares ou outros cuidadores do paciente.

Um sério dano físico ou psicológico para terceiros (ou a sociedade em geral) aconteceu ou teve alta probabilidade de acontecer		
1	Um paciente informa que pretende assaltar ou matar alguém.	À pessoa ameaçada e à polícia, e se for relevante aos serviços de saúde mental.
2	Se um paciente informa sobre um crime sério que foi cometido (assassinato, violência, abuso de crianças, sequestro, violação sexual, etc.)	Polícia
3	Se o paciente apresenta um risco significativo e imediato à segurança pública. Por exemplo: Pacientes sofrendo de diminuição da acuidade visual, alcoólatra/narcodependente, epilepsia, que continuam a conduzir. Pacientes que têm acesso legal a uma arma (polícia, soldado) que lhes é diagnosticada esquizofrenia, depressão clínica, alcoolismo ou narcodependência.	Depende da situação específica: agente empregador, serviços de viação e trânsito, polícia.
4	Pacientes com doenças infecto-contagiosas que apresentam um risco significativo de morte ou dano importante a terceiros: Tomar em consideração: <ul style="list-style-type: none"> • A facilidade de transmissão / prevenção. • A prontidão do paciente tomar medidas preventivas. • O provável número de pessoas em risco de adquirir a infecção. • A gravidade do dano e o risco de morte. As doenças mais relevantes que se devem levar em consideração: Tuberculose, ITS, HIV, Cólera	Depende da situação e da condição, geralmente deve se informar às pessoas com maior risco de serem infectadas, ou em certos casos aos agentes empregadores.
5	Se for chamado para testemunhar perante o tribunal.	Ao tribunal

Situações especiais:

- **HIV/SIDA:** o HIV/SIDA, trouxe um desafio ao princípio da confidencialidade, na medida em que um valor mais alto, neste caso a vida das pessoas que têm contacto directo com o paciente. O clínico tem por obrigação ética e legal de informar ao cônjuge/companheiro do seu paciente a sua situação de doença. É igualmente obrigatória a notificação da doença às autoridades de saúde.
- **Gravidez e aborto com menores:** em determinadas situações particulares, os pais ou responsáveis legais têm direito as informações: exemplo, uma adolescente de 14 anos que se apresenta na consulta grávida, a informação sobre o seu estado deve ser dada aos pais.
- **Pesquisa:** Os direitos de privacidade e confidencialidade devem ser preservados. Os indivíduos participantes em pesquisas, devem ser informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de

confidencialidade. Por exemplo, deve lhes ser informado que a informação resultante da pesquisa será divulgada em conferências, em jornais científicos, etc.

BLOCO 3: A QUEM DIVULGAR O SEGREDO MÉDICO E QUE RISCOS PODEM ADVIR DESTA DIVULGAÇÃO?

3.1. A quem se deve divulgar o segredo médico?

A informação deve apenas ser partilhada com pessoas relevantes no caso e em todas as situações em que o clínico partilha informação em relação a um paciente com outras pessoas, a preservação da privacidade e confidencialidade deve prevalecer no seio de quem tem acesso à informação.

- A divulgação do segredo pode ocorrer na relação do profissional de saúde com terceiros, como:
 - Com colegas, família, empregadores, autoridade policial.
 - Com os familiares ou responsáveis pelo paciente, se o paciente é uma criança, ou se é um adulto que apresenta um estado mental que não lhe permite assumir responsabilidades sobre si mesma.

3.2. Que riscos podem advir da divulgação da informação ou da quebra da confidencialidade?

3.2.1. Riscos para o paciente:

Violência ou abandono da família: situações em que o clínico informa ao cônjuge sobre o seroestado da sua esposa sem prévia preparação podem levar à violência, expulsão da esposa de casa, abandono da família etc.

Perca de meios de subsistência: um paciente pode perder o emprego, ou ter desvantagem em conseguir emprego se a informação for acessível a agências empregadoras.

Estigma, isolamento ou humilhação do paciente.

Risco para a saúde do paciente: perca de confiança do clínico pode resultar em não adesão ao tratamento ou omissão de informações chave para o diagnóstico e tratamento adequados.

3.2.2. Riscos para o clínico, serviços de saúde, ou para a saúde pública

Fraca utilização dos serviços de saúde:

- Com o surgimento da pandemia de HIV/SIDA cada vez mais as instituições são confrontadas com a necessidade de aprimorar as medidas que visem salvaguardar o direito do paciente, à privacidade e confidencialidade. No nosso país a organização dos Hospitais Dia para doentes infectados pelo HIV criou uma concepção negativa no seio das comunidades de que todo o indivíduo que fosse visto a entrar naqueles serviços era seropositivo. Esta quebra de privacidade e confidencialidade resultou em fraco uso dos serviços, os pacientes procuravam os serviços em estágios avançados da doença.
- A organização de serviços isolados de testagem para o HIV, pode resultar em número diminuído de pessoas que procuram saber o seu seroestado.

Fraca adesão aos cuidados e tratamento: a organização de guichés farmacêuticos para o levantamento de ARV(Anti-retrovirais), pode afectar negativamente a adesão ao tratamento (resultando em resistência ao tratamento).

Agressão ou perseguição do clínico: testemunhar em tribunal (por exemplo que o indivíduo que cometeu o crime sofre de uma doença mental), pode resultar em agressão, perseguição e até risco de morte.

Perda de confiança do paciente pelo clínico ou serviços:

- Situações em que o paciente não concorda que o clínico partilhe informação a seu respeito (revelar aos pais que a filha adolescente está grávida, revelar o seroestado do seu paciente ao seu parceiro).
- Na notificação obrigatória de uma doença infecto-contagiosa: exemplo em algumas zonas do país, após as autoridades sanitárias notificarem a existência de cólera a população deixou de usar os serviços de saúde, alegando que profissionais eram os disseminadores da doença.

Perda de confiança do público pelos serviços:

Por exemplo em muitos países, notificar contactos sexuais (esposos, namorados, amantes) do estado de pessoas seropositivas reduziu a utilização de serviços de testagem. Assim a política de informar contactos protegeu alguns contactos das pessoas que fizeram o teste mas aumentou o risco dos contactos sexuais da maioria das pessoas seropositivas, que recusaram a testagem por falta de confidencialidade.

Para evitar este problema certos países (como Inglaterra) assumiram políticas em que o seroestado de pacientes HIV+ era partilhado somente entre clínicos envolvidos no tratamento e outros estabeleceram serviços de testagem voluntária anónima em ONGs ou nos serviços nacionais de saúde.

Actividade (20 min)

Organize uma discussão em grupos e apresentação das respostas em plenária

Cada grupo irá discutir um dos casos

Caso 1: Uma mãe traz para a sua consulta um filho de 13 anos drogado, ela não sabe que o filho é drogado, ela está preocupada porque ele tem períodos de agressividade e outros em que se isola num canto. Um dia ameaçou de morte o irmão mais velho porque este não lhe dava dinheiro para sair com os amigos.

P: Você informa a mãe? Que riscos podem advir da quebra de confidencialidade

Este é uma situação em que a quebra da confidencialidade vai evitar um dano físico e psicológico. É sua obrigação informar aos pais, sobre a situação de seu filho, o adolescente é menor e corre risco de morte e de crime. O risco que advém da quebra de confidencialidade é de ele cometer um crime, a família deverá tomar as devidas precauções. Em relação ao clínico, perda de confiança, fraca adesão aos cuidados e tratamento.

Caso 2: Você observa uma menor de 16 anos com sinais de violação sexual. Ela recusa redondamente que foi violada apesar de você explicar que é importante, pois ela corre risco de doença ou gravidez.

O que você faria? Que risco poderiam advir da tua conduta?

Informaria às instâncias policiais e à família. No nosso seio muitas das violações se relacionam com familiares, e podem acontecer várias vezes sem que sejam relatadas (as famílias mesmo descobrindo por vezes mantêm segredo por não quererem se expôr, mas este sigilo pode prejudicar a pessoa violada física e psicologicamente), portanto é obrigação do clínico informar a quem de direito para preservar a vítima de danos.

Riscos: O clínico pode sofrer ameaças, agressão, dos familiares.

BLOCO 4: MEDIDAS PARA MINIMIZAR OS EFEITOS DA QUEBRA DE CONFIDENCIALIDADE

Como foi discutido a quebra de confidencialidade pode trazer riscos graves, para o paciente, assim como riscos para o clínico ou para os serviços de saúde em si. Por isso é sempre importante seguir alguns passos para tentar evitar a necessidade de quebrar a confidencialidade:

1. Antes de decidir informar analise e compare bem os benefícios de quebrar a confidencialidade, possíveis riscos para o paciente, para a relação clínica e na confiança pública para os serviços de saúde.
2. Analise a urgência da necessidade de quebrar (apresenta um risco imediato? Se não, pode tentar convencer).
3. Tente convencer o paciente de revelar a informação voluntariamente.
4. Informe o paciente com antecedência e tente solicitar a sua autorização, se for possível informe sem aumentar o risco de dano ao clínico, a terceiros ou prejudicar uma investigação policial.

Por exemplo, se o paciente informa que pretende matar alguém que ele acha que está a enfeitar o seu filho, o clínico deve informar à polícia sem informar o paciente.

5. Se após a análise da situação decide quebrar a confidencialidade, deve:
 - a. Dar a informação atempadamente apenas à pessoas relevantes.
 - b. Dar apenas a mínima informação necessária para alcançar o objectivo.
 - c. Solicitar a preservação da confidencialidade das pessoas com quem pretende partilhar a informação.
 - d. Deve ser capaz de justificar a sua decisão de quebrar a confidencialidade.

4.1. Medidas que podem minimizar os efeitos de divulgação do segredo médico:

Para evitar que o segredo médico seja compartilhado entre muitas pessoas ou entre pessoas que não são intervenientes no caso, devem ser tomadas, para além do comportamento exemplar e a educação do pessoal, algumas medidas:

No manejo de informação escrita:

- O processo clínico, sendo um documento no qual constam todas as informações a respeito do paciente, requer cuidado especial para evitar revelação desnecessária de informação sigilosa. As informações nele contidas, devem ser conhecidas apenas por aqueles que necessitam tê-las, em função da necessidade do seu trabalho junto ao paciente (responsabilidade dos profissionais e da instituição).
- Na discussão de casos clínicos com os colegas, ou em aulas com os alunos não se deve revelar o nome do paciente e este não deve constar na informação escrita partilhada. Nas pesquisas, o nome do participante deve ser codificado.
- As amostras para análises laboratoriais devem ser marcadas por códigos em lugar de nomes dos pacientes.
- Os documentos que contêm o nome dos pacientes, não devem conter informações relevantes da sua história clínica, etc.

Na partilha de informação com colegas:

- Partilhar apenas informação relevante e apenas com quem vai usar a informação em benefício do paciente.

- Evitar ou mesmo combater a atitude indecente de falar sobre os pacientes nos corredores, elevadores ou refeitórios.

Na organização dos serviços de atendimento de pacientes:

- Evitar atitudes que incitem discriminação: falar em voz alta que os pacientes em TARV devem dirigir-se por exemplo ao guiché de farmácia número 2. A organização dos pacientes pode ser feita de forma individualizada e discreta.
- Evitar a organização de serviços de atendimento de grupos específicos, exemplo ATS (aconselhamento e testagem em saúde, mas apenas para o HIVe ITS).
- Nas situações em que a organização de serviços se destina ao atendimento de doenças de notificação obrigatória, exemplo cólera, evitar letreiros nas entradas.

Portanto, o clínico encontra-se numa situação privilegiada ao poder ter acesso a informação íntima e pessoal dos seus pacientes, mas ao mesmo tempo deve assumir toda a responsabilidade na protecção dessa informação.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. O dever de confidencialidade do clínico e o direito à confidencialidade do doente não são absolutos.
- 5.2. A quebra da confidencialidade: é a acção de revelar ou deixar revelar informações fornecidas em confiança (sem a autorização do paciente).
- 5.3. A quebra de confidencialidade é eticamente admitida nos seguintes contextos:
 - Um sério dano físico ou psicológico para o paciente aconteceu ou teve alta probabilidade de acontecer.
 - Um sério dano físico ou psicológico para terceiros (ou a sociedade em geral) aconteceu ou teve alta probabilidade de acontecer.
- 5.4. A divulgação do segredo médico deve apenas ser para pessoas relevantes no caso.
- 5.5. A quebra do segredo médico acarreta riscos significantes para o paciente, para o clínico e para os serviços de saúde, por isso a decisão de quebrar deve ser feita comparando bem os benefícios e riscos.
- 5.6. Antes de quebrar a confidencialidade, todos os esforços devem ser feitos para convencer o paciente a divulgar ou solicitar a autorização do paciente para o clínico divulgar.
- 5.7. Para minimizar os efeitos de divulgação do segredo profissional, todo o interveniente na partilha de informação do paciente deve pautar por boa conduta ética na preservação do direito à privacidade e confidencialidade.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	5
Tópico	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência	Tipo	Teórica
Conteúdos	Prescrição Médica	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever, sob o ponto de vista ético, as normas sobre prescrição clínica.
2. Produzir a prescrição clínica, tendo em conta não só as normas técnicas para o efeito, mas também os princípios e as normas éticas relacionadas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Prescrição Médica no Contexto Ético		
3	Princípios Éticos Fundamentais que Orientam a Receita de Medicamentos		
4	Erros/Infracções Comuns na Receita de Medicamentos		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Abood RR. Errors in Pharmacy Practice. US Pharmacist 1996, March, 120-130
- Almeida, A. Jr. e J. B. de O. e Costs Jr. Lições de Medicina Legal. São Paulo: Editora Nacional, 1985, 18ª edição
- Anónimo. Errores de Medicación: Recomendaciones sobre la legibilidad de las Recetas (EE.UU.) Pan Am J Public Health 1997; 2 (4): 288.
- Blackwell, B. The drug defaulter. Clin Pharmacol Ther 1972;13: 841-848
- Committee on Drugs. American Academy of Pediatrics. Inaccuracies in administering liquid medication. Pediatrics 1975; 56:327-328
- Código Sanitario. Editorial Jurídica de Chile. 8ª Edición. Decreto N° 466 (Diciembre 1984), Art. N° 34
- Fundação Nacional de Saúde. Mortalidade Brasil 1995. Brasília, BRASIL 1998.
- Hirschorn JO, Silverman HI. The Ubiquitous Medicine Dropper. Am J Pharm. 1968;140: 1-6
- Laurenti, JR. O Atestado de Óbito. São Paulo. Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças em Português, 1994. (Série Divulgação, 1).
- Manual de Procedimentos. Sistema de Informação de registo de óbitos hospitalares. Ministério da Saúde, Departamento de Informação para a Saúde. Maputo, 2008
- Ministério da Saúde, Portaria/FUNASA nº 474, de 31/ 08/2000. Diário Oficial, de 04/09/2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade. SIM.
- Molina R. Evaluación de la Prescripción Médica en Chile y su Impacto a Nivel de Farmacia Privada. Tesis de pre-grado para optar al título de Químico Farmacéutico. P. Universidad Católica de Chile, Agosto 2000, 128-137.
- Pérez Peña Julián Lázaro. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18(2)
- Odon Ramos Maranhão. Curso Básico de Medicina Legal. São Paulo: Editora RT, 1991, 4ª ed.
- OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde : CID 10. São Paulo: EDUSP, 1994.
- Registos Públicos. Lei nº 6.015, de 31.12.1973. São Paulo: Atlas, 1976.
- Sackett DL, Haynes RB. (eds.). Compliance with Therapeutic Regimens. John Hopkins University Press. Baltimore, 1976
- Sistemas de Informações sobre Mortalidade: manual de procedimentos. Brasília: 2000.
- Sistema Único de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde BRASIL. Ministério da Saúde.
- Souza, Paulo Henrique Rosseto de. Município sem SVO. Quem emite o atestado de óbito? Jus Navigandi, Teresina, ano 14, n. 2079, 11 mar. 2009. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/12438>. Acesso em: 15 dez. 2010.
- SUCES. Rio de Janeiro: Fiocruz: IBGE, 1991.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PRESCRIÇÃO MÉDICA NO CONTEXTO ÉTICO

Receita médica: após a decisão de prescrever um medicamento, é necessário elaborar uma receita. Uma receita médica é basicamente uma requisição do clínico ao farmacêutico para fornecer ao paciente determinados medicamentos.

2.1. Revisão de conhecimentos acerca de prescrição médica

Actividade (15 min)

Chuva de Ideias

No semestre anterior vocês estudaram o formulário nacional dos medicamentos. Nessas aulas falou-se das normas que precisam ter em conta quando se elabora uma prescrição médica. Quem se lembra dessas normas?

Resposta:

Na elaboração duma receita médica deve-se ter em conta as seguintes normas:

- 1. Escrever numa linguagem clara e objectiva, indicando com precisão o que se quer administrar.*
- 2. Identificar correctamente o paciente e o prescritor, incluindo a instituição onde o prescritor presta serviços.*
- 3. Expressar claramente o nome do medicamento, forma farmacêutica desejada, e dosagem. Por exemplo, paracetamol, comprimidos de 500 mg.*
- 4. Indicar claramente a quantidade de medicamento a ser aviada (20 cápsulas, 45 comprimidos, 3 frascos, etc.).*
- 5. Indicar claramente o regime posológico, isto é, os intervalos entre as tomas de medicamento e a duração do mesmo. Por exemplo, 1 cápsula em cada 8 horas, durante 7 dias.*
- 6. Indicar a data da prescrição.*
- 7. A assinatura do prescritor deve constar na receita.*

Para além dessas normas, há considerações éticas extremamente importantes mas frequentemente ignoradas relacionados com a receita médica. A importância dessas considerações é directamente relacionada ao perigo do medicamento.

2.2. O perigo do medicamento

Os medicamentos usados com o intuito de tratar a doença ou qualquer outro transtorno no paciente, não são completamente inócuos. Por isso o clínico ao administrar o medicamento deve pensar nas vantagens e desvantagens do mesmo e nunca receitar um medicamento desnecessário.

Quando o clínico prescreve a toma de um medicamento, ou a realização de um procedimento terapêutico, para o tratamento de uma doença, ou outro transtorno clínico, ele espera cura ou alívio no paciente. Mas ao mesmo tempo a prescrição por vezes implica:

- O uso de produtos de natureza biológica, química ou natural que modificam as funções bioquímicas e biológicas do organismo do paciente submetendo-o a um risco que anteriormente não tinha. Os resultados nem sempre correspondem a cura ou o alívio das manifestações da doença, como nas situações em que:
 - Existe a persistência ou alívio não satisfatório das manifestações da doença.
 - Existem efeitos adversos ou indesejáveis que podem variar desde ligeiras moléstias, a reacções tóxicas de diferentes níveis de severidade até mesmo chegarem a ser invalidantes ou fatais.

BLOCO 3: PRINCÍPIOS ÉTICOS FUNDAMENTAIS QUE ORIENTAM A RECEITA DE MEDICAMENTOS

Como qualquer actividade clínica, a prescrição de medicamentos deve ser orientada pelos princípios de Beneficência, Não maleficência, Autonomia e Justiça.

3.1. Exemplos de aplicação dos princípios fundamentais da ética médica:

Beneficência – receitar o medicamento mais apropriado para o paciente tendo em conta a patologia e história clínica do paciente.

Não maleficência – evitar medicamentos ou vias de administração mais arriscadas se não for necessário para a patologia ou estado do paciente.

Autonomia – informar ao paciente dos efeitos colaterais de várias opções terapêuticas para alívio da dor para ele poder decidir qual será a mais apropriada (p.ex. Petidina é mais forte mas provoca sonolência, Paracetamol é menos forte mas não provoca sonolência).

Justiça – evitar receita desnecessária de medicamentos de segundas ou terceiras linhas para satisfazer um determinado paciente de modo a evitar ruptura de stock e ter disponibilidade do medicamento quando realmente necessário (p.ex. quando a primeira linha falhar).

3.2. Orientações éticas na receita de medicamentos

- Para maximizar o benefício do paciente e evitar fazer mal a este, o clínico, antes de receitar deve obter uma história clínica completa (incluindo reacções alérgicas anteriores, outros medicamentos em curso ou outras condições médicas).
- O clínico deve ter domínio do Formulário Nacional de Medicamentos e manter-se actualizado sobre mudanças nas normas e protocolos de tratamento em vigor no país (se não tiver certeza tem obrigação de consultar o formulário).
- O clínico deve evitar procedimentos desnecessários no paciente. Em caso de doenças incuráveis, deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, tendo sempre em conta a opção do paciente.
- O clínico deve apresentar as possibilidades terapêuticas disponíveis – cientificamente reconhecidas e considerar as opiniões do paciente em relação ao tratamento que é prescrito (princípio de autonomia).
- O clínico deve recomendar regimes terapêuticos eficazes, menos tóxicos e mais adaptados às características do paciente: estilo de vida, possíveis reacções alérgicas etc. e recomendar regimes terapêuticos ou procedimentos terapêuticos custo-eficazes.

- O clínico deve ser transparente na prescrição médica, explicando ao paciente o que está a receitar, o objectivo, possíveis efeitos colaterais, e contra indicações/precauções na toma de medicamentos, fornecer todos os esclarecimentos e estar disponível diante de possíveis reacções adversas.
- O clínico precisa explicar claramente ao paciente que medicamento está a receitar, a dose a posologia (horário, e como tomar), os efeitos secundários e o que fazer se manifestarem, o que pode acontecer se houver interrupção do tratamento ou tomar de forma incorrecta, quando voltar ao controle. Por fim, o clínico deve pedir ao paciente para repetir o que foi dito, para confirmar se ele compreendeu.
- O paciente precisa dar o consentimento a qualquer procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
- O clínico deve evitar tratar-se a si próprio, ou tratar pessoas com quem tem uma proximidade emocional significativa (pais, filhos, esposa, namorado(a) etc.).
- Na função do clínico, a sua responsabilidade não termina com a elaboração de uma receita médica devidamente concebida; a sua responsabilidade deve ainda continuar através de oferecimento de instruções claras e completas ao paciente sobre a maneira de tomar os medicamentos e monitorar.
- Durante o exercício das suas actividades profissionais, todos os clínicos têm o risco de cometer erros de medicação, por essa razão, os clínicos devem manter-se sempre actualizados em relação as propriedades e uso dos medicamentos que prescrevem.

Leitura adicional: Outras orientações importantes na prescrição / receita médica

- Legibilidade: a receita deve ser escrita de forma clara e legível. A falta de clareza na escrita da receita médica, pode induzir a erros na toma dos medicamentos (combinações, doses), que podem ser a causa de falência terapêutica, efeitos adversos, lesões ou a morte de pacientes.

Uso de símbolos: Evitar o uso das vírgulas, tanto nas frases como nos números, ex: 5 ml, em vez de 5.0 ml ou 5,0, evita que o 5.0 seja lido como 50.
- Recomendação correcta das doses dos medicamentos: indicar as quantidades exactas e a duração do tratamento: especificar a quantidade do medicamento a ser tomada de cada vez, o horário, frequência das tomas e o número de dias, como por exemplo: Amoxicilina de 500 mg, 1 comprimido de 8 em 8 horas (de manhã, à tarde e à noite) durante 7 dias.
- Evitar o uso de termos que possam ser interpretados de diferentes maneiras por diferentes pessoas ou em diferentes ocasiões. Ex: não deve usar expressões como: *“uma quantidade razoável”*, *“uma colher de sopa”*; *“uma colherzinha de chá”*, etc. As famílias usam geralmente para a medição de xaropes, utensílios de cozinha que são imprecisos e podem levar a doses não exactas, os tamanhos da colher de chá podem medir de 3 a 7 ml, enquanto a colher de sopa, de 12 a 17 ml. Recomenda-se o uso de seringas e se o medicamento traz consigo um doseador (colher, conta gotas), deve-se recomendar ao paciente o uso apenas destes instrumentos.
- Deve usar tinta que não se borra na escrita das receitas (caneta). Nunca usar um lápis de carvão para escrever as receitas, porque apaga-se ao longo do tempo.
- Ao se referir as quantidades, deve-se escrever tanto em numerário como por extenso, ex: *“Paracetamol, 30 (trinta) comprimidos”*.

- Usar linguagem correcta. Não deve conter calão nem abreviaturas desconhecidas. Usar apenas as abreviaturas que são comuns a todos e compreendidos por toda a equipa de cuidados da unidade sanitária.
- Os medicamentos podem ser prescritos pelos seus nomes genéricos ou pelos nomes comerciais (nomes das patentes). Em Moçambique, o Ministério da Saúde orienta para o uso de nomes genéricos. Os nomes comerciais muitas vezes não são de domínio de todos os profissionais de saúde.

BLOCO 4: ERROS/INFRACÇÕES ÉTICAS COMUNS NA RECEITA DE MEDICAMENTOS

- O clínico receita um medicamento para o paciente sair com algum medicamento mesmo sem necessidade (exemplo: receitar paracetamol para rinorreia).
- O clínico receita medicamentos desnecessário porque o paciente exigiu/pediu (receitar sal ferroso porque o paciente acha que precisa, porque se sente fraco, ou um antibiótico para tratar uma infecção viral como constipação).
- O clínico receita uma via de administração mais perigosa/cara (vitaminas injectáveis em vez de orais, Penicilina Procaina em vez de Fenoximetil Penicilina) sem necessidade (por solicitação do paciente, ou preferência pessoal).
- O clínico receita um medicamento da segunda/terceira linha sem necessidade (cefalosporina em vez de penicilina, Quinina em vez de Fansidar) porque ele ou o paciente acha melhor.
- O clínico receita um medicamento sem levar em consideração a história clínica (reações alérgicas anteriores, outros medicamentos em curso, outras condições médicas que o doente possa apresentar – uma mulher no segundo mês de gravidez com trichomoníase, que é tratada com Metronidazol, prescrever cotrimoxazol a um paciente com alergia a este medicamento documentada ou mencionada pelo mesmo, prescrever simultaneamente Fansidar e Cotrimoxazol ou Fansidar a um paciente que já está em tratamento com Cotrimoxazol etc.
- O clínico receita um medicamento que já não é recomendado nas normas nacionais: prescrever Estavudina em vez de Zidovudina na primeira linha de tratamento de um paciente adulto com infecção por HIV.
- Receitar um medicamento que não é da sua categoria: exemplo receitar Carbamazepina, Morfina, estes medicamentos só podem ser prescritos por médicos.
- O clínico receita quantidades inapropriadas (mais que 10 dias para Diazepam, 10 comprimidos de Amoxicilina de 500 mg para tratar um paciente adulto pneumonia), a mais ou a menos.
- Receitar um medicamento de acesso difícil ou indisponível mesmo se for o melhor (receitar Clavamox em vez de Amoxicilina simples).
- O clínico receita medicamentos para si próprio ou para o seu familiar.
- Erros na elaboração e aviamento da receita pelo clínico:
 - Receita sem nome genérico de medicamento.
 - Receita de medicamento que não consta nos formulários nacionais; ou que corresponde a nível de prescrição não autorizada ao clínico.
 - Administração de doses incorrectas de medicamento.
 - Receita sem a data de prescrição, sem a dosagem nem o horário de toma.
 - Receita não assinada pelo clínico ou com assinatura ilegível.

- Receita de medicamento incorrecto para a doença em causa.
- Receita com letra ilegível ou com borrões.
- Troca da etiqueta na altura do aviamento.

Actividade em plenária (20 min)

Peça aos alunos para fazerem o seguinte:

Para cada um dos 10 erros acima mencionadas podem indicar os riscos/desvantagens e explicar porque é inadmissível eticamente.

Daí que as etapas básicas abaixo mencionadas são necessárias para alcançar eficácia terapêutica:

- É preciso definir o problema, fazer uma anamnese detalhada, realizar os exames complementares necessários e estabelecer o diagnóstico.
- Especificar os objectivos terapêuticos (cura, alívio).
- Seleccionar o tratamento mais eficaz (temos a certeza que vai produzir o resultado desejado).
- Seleccionar o tratamento específico e seguro para o paciente (exemplo quinina para tratar a malária numa mulher grávida).
- Pedir consentimento ao paciente para a realização do tratamento.
- Prescrever, incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas se necessário (exemplo: um doente com dor na coluna lombar que lhe é receitado diclofenac é recomendado que se deite numa cama dura).
- Incluir informação sobre a terapêutica para o paciente (dosagem, horário, possíveis efeitos secundários).
- Monitoramento do tratamento proposto (monitorar se há melhoria, manutenção ou agravamento dos sintomas).

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** O clínico ao prescrever um medicamento para o tratamento de uma doença, ou outro transtorno clínico, deve ter sempre em mente que nenhum medicamento é completamente inócuo e pensar nas vantagens e desvantagens antes de receitar o medicamento.
- 5.2.** O benefício do medicamento que o clínico prescreve deve superar os efeitos colaterais ou adversos que o mesmo provoca.
- 5.3.** Na prescrição da receita médica, o clínico deve sempre aplicar os princípios fundamentais da ética médica:
- Beneficência – receitar o medicamento mais apropriado para o paciente tendo em conta a história clínica e a doença que apresenta (a história clínica deve ser bem elaborada, incluindo história de reacções alérgicas anteriores, outros medicamentos em curso ou outra condição médica).
 - Não maleficência – evitar medicamentos ou vias de administração mais arriscados se não for necessário para a doença ou o estado do paciente.
 - Autonomia – informar ao paciente dos efeitos colaterais de várias opções terapêuticas por exemplo para o alívio da dor para ele poder decidir qual seria a mais apropriada (p.ex. Petidina é mais forte mas provoca sonolência, Paracetamol é menos forte mas não provoca sonolência).
 - Justiça – evitar receita desnecessária de medicamentos da segundas ou terceiras linhas para satisfazer um determinado paciente de modo a evitar ruptura de stock e ter a disponibilidade do medicamento quando realmente precisa (p.ex. quando a primeira linha falhar).
- 5.4.** Todo o clínico tem o risco de cometer erros de medicação; por essa razão, o clínico deve manter-se sempre actualizado em relação as propriedades e uso dos medicamentos que prescreve. Deve aplicar as etapas básicas necessárias para alcançar eficácia terapêutica.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	6
Tópico	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência	Tipo	Teórica
Conteúdos	Atestado Médico e Guia de Transferências	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever, sob o ponto de vista ético, as normas sobre prescrição do atestado médico e da guia de transferência.
2. Produzir a prescrição clínica, tendo em conta não só as normas técnicas para o efeito, mas também os princípios e as normas éticas relacionadas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução ao Atestado Médico		
3	Atestado Médico no Contexto Ético		
4	Transferência de Pacientes no Sistema Nacional de Saúde: Considerações Éticas		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Bibliografia (referencias usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Almeida, A. Jr. e J. B. de O. e Costs Jr. Lições de Medicina Legal. São Paulo: Editora Nacional, 1985, 18ª edição
- Fundação Nacional de Saúde. Mortalidade Brasil 1995. Brasília, BRASIL 1998.
- Laurenti, JR. O Atestado de Óbito. São Paulo. Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças em Português, 1994. (Série Divulgação, 1).
- Manual de Procedimentos. Sistema de Informação de registo de óbitos hospitalares. Ministério da Saúde, Departamento de Informação para a Saúde. Maputo, 2008
- Ministério da Saúde, Portaria/FUNASA nº 474, de 31/ 08/2000. Diário Oficial, de 04/09/2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade. SIM.
- Souza, Paulo Henrique Rosseto de. Município sem SVO. Quem emite o atestado de óbito? Jus Navigandi, Teresina, ano 14, n. 2079, 11 mar. 2009. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/12438>>. Acesso em: 15 dez. 2010.
- Odon Ramos Maranhão. Curso Básico de Medicina Legal. São Paulo: Editora RT, 1991, 4ª ed.
- OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde : CID 10. São Paulo: EDUSP, 1994.
- Registos Públicos. Lei nº 6.015, de 31.12.1973. São Paulo: Atlas, 1976.
- Sistemas de Informações sobre Mortalidade: manual de procedimentos. Brasília : 2000.
- Sistema Único de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde BRASIL. Ministério da Saúde.
- Suces. Rio de Janeiro: Fiocruz: IBGE, 1991.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO AO ATESTADO MEDICO

2.1. Definição/Descrição do Atestado Médico

O atestado médico é um documento que apenas o profissional de saúde pode emitir, quando em pleno exercício da medicina. O clínico regista no atestado a verdade sobre o paciente, logo apenas na presença deste o atestado poderá ser emitido. O atestado médico é um documento juridicamente relevante, oficial e protegido por lei.

O atestado médico consiste num relato escrito de uma forma clara e simples sobre as conclusões derivadas de um acto médico e as respectivas implicações ou consequências. É geralmente solicitado após uma consulta médica de rotina, após um internamento ou em atenção médica de urgência, e reflecte o estado do paciente, e se for o caso, os cuidados que devem ser tomados do o ponto de vista do médico.

O atestado médico é um documento de carácter privado, que qualquer clínico no exercício das suas funções pode e tem o dever de emitir quando solicitado pelo paciente. Geralmente os pacientes solicitam o atestado para justificar a necessidade e pertinências às ausências ao serviço ou a outras obrigações civis, em virtude do seu estado de saúde.

2.2. Tipos de atestados médicos

O clínico na sua actividade profissional lida com os seguintes atestados:

- Atestado de doença, para atestar sobre uma doença e suas implicações para os serviços ou outra actividade (exemplo repouso de 3 dias devido à malária).
- Atestado de repouso à gestante (exemplo ameaça de aborto).
- Atestado de sanidade mental (certifica que a sua saúde mental está boa, em equilíbrio, por exemplo para que lhe seja autorizada uma adopção).
- Atestado de sanidade física e mental (que certifica que o indivíduo possui condições físicas, psicológicas e mentais, por exemplo para um emprego).
- Atestado de aptidão física (exemplo se o indivíduo é apto para o serviço militar, para motorista ou outra actividade).
- Atestado para fins de interdição (exemplo a um indivíduo ao qual se diagnosticou doença cardíaca que se atesta ser interdito a trabalho pesado, como por exemplo carregar sacos de cimento no armazém onde ele trabalha).
- Atestado de maternidade (licença após o parto).
- Atestado por acidente de trabalho (um trabalhador de uma empresa que sofre amputação do braço, durante o trabalho).
- Atestado de óbito em que o clínico certifica o término da vida de um indivíduo, apontando também as causas que ocasionaram a morte. A prática em Moçambique estabelece que em locais onde não haja o profissional, a morte será atestada com a declaração de chefe do bairro.

2.3. Faculdades para emitir atestado médico

Em Moçambique apenas os profissionais de saúde com competência para realizar uma avaliação clínica completa do paciente, incluindo o diagnóstico e o tratamento estão facultados para a emissão de atestados médicos.

O clínico que atesta é responsável pelas informações constantes no atestado.

2.4. Conteúdo do atestado médico

O clínico tem a liberdade de atestar o que achar necessário e ético ao exercício de sua profissão. O atestado é um documento de acesso público, na sua elaboração o princípio da confidencialidade deve ser respeitado. O atestado não deve revelar informações que possam levar à identificação do diagnóstico do paciente, excepto quando existe um pedido explícito deste ou quando este é elaborado por justa causa ou por imperativo legal.

No entanto existe informação considerada indispensável como:

- Nome e título do clínico emissor do atestado: estes dados devem ser do clínico que examinou o paciente, e portanto, o conteúdo do atestado é de inteira responsabilidade do clínico que o assina.
- Nome da Unidade sanitária onde trabalha o clínico que emite o atestado.
- Nome do paciente que solicita o atestado.
- Referência do fim a que se destina (ausência ao serviço por doença, atestar sobre a aptidão física para o emprego ou prática de actividades desportivas, atestar sobre a sanidade mental e física para a adopção de um criança etc).
- Razão que justifica a sua emissão: a pedido do paciente ou dos representantes legais deste; por justa causa ou a pedido de órgãos de justiça.
- Expressar as recomendações médicas pertinentes: caso haja necessidade de afastamento do trabalho e por quanto tempo, etc.
- A data e assinatura do clínico emissor.
- O atestado médico deve ser escrito numa linguagem simples e clara.

Nota: para manter a confidencialidade do paciente, os atestados geralmente não devem conter o diagnóstico/descrição do problema clínico salvo a pedido do paciente.

O documento que não deve ser confundido com o atestado é a declaração de comparecimento do paciente aos serviços médicos. A declaração é mera confirmação do comparecimento do paciente ou responsável à consulta naquele dia. Alguns clínicos ao datar a declaração colocam também o intervalo horário do atendimento ou expressões como "nesta manhã", "nesta tarde", etc.

Actividade (15 minutos)

O docente deve apresentar algumas amostras de diferentes tipos de atestados médicos, e pedir aos alunos para identificar a finalidade e os componentes de cada um.

BLOCO 3: ATESTADO MÉDICO NO CONTEXTO ÉTICO

O atestado médico é um documento que deve merecer respeito pelos princípios éticos, sempre com o objectivo de:

- Preservar ou proteger a saúde do paciente;
- Proteger a terceiros, nas situações em que o estado de saúde do paciente pode afectar ou influenciar a saúde destes.

O paciente tem o direito de solicitar ao clínico o atestado sempre que achar necessário, e portanto o clínico tem a obrigação de avaliar o paciente e atestar se confirmar que é necessário. O atestado também é passado quando o próprio clínico achar necessário ou quando solicitado por entidade judicial.

O atestado sendo um documento público, deve apresentar a opinião do clínico sobre o assunto em questão mas não fornecer detalhes e nenhuma informação sobre a condição clínica salvo a pedido especial do paciente ou ordem judicial. P.ex. deve indicar que o paciente deve ficar em casa por 5 dias por doença mas não deve especificar a doença nem sinais/sintomas.

Nenhuma outra entidade, seja privada ou pública, tem o direito de exigir qualquer que seja a informação referente à situação clínica.

Deve ser verídico, isto é, deve apenas reflectir a opinião honesta do clínico baseada na avaliação clínica.

A opinião contida no atestado deve estar em conformidade com as recomendações médicas de consenso e geralmente aceites na prática médica (para um paciente com tuberculose para o qual se recomenda um repouso de 60 dias estaria errado conceder um repouso de 6 meses sem justa causa).

O clínico deve fazer uma avaliação adequada para o atestado que está a elaborar. (p.ex. não pode atestar a aptidão física dum motorista sem avaliar a acuidade visual). Se não tem competência ou acesso aos meios auxiliares necessários para o atestado, deve referir o paciente a um nível de atendimento superior.

Nota:

- Nem sempre é preciso chegar a um diagnóstico definitivo para passar o atestado. Pode-se avaliar que um paciente não está em condições de ir ao serviço ou executar certas actividades sem saber a causa da doença.
- O rigor da avaliação necessário é fortemente ligado ao tipo de atestado a ser elaborado, e as consequências duma avaliação errada. P.ex. a avaliação de aptidão dum motorista deve ser minuciosa porque se fizer um erro pode por em risco a vida do motorista e de terceiros enquanto um atestado de doença por malária do mesmo motorista pode apenas custar 3 dias de ausência ao serviço.

3.1. Na elaboração do atestado médico é proibido ao clínico:

- Fornecer atestado sem ter avaliado o paciente e verificado que se justifica (nota: não pode fornecer o atestado dum paciente avaliado por outro clínico sem reavaliar).
- Passar vários atestados consecutivos sem reavaliar o paciente e verificar se justifica.
- Utilizar-se do acto de atestar para fins particulares ou ilícitos (pagamento, ajudar familiares ou amigos em troca de favores ou qualquer outro benefício).
- Recusar a fornecer atestados, sem justa causa. Nota que o atestado precisa ser baseado somente na avaliação do estado de saúde do paciente em relação ao assunto para qual o atestado foi solicitado e não a considerações ligadas à causa da doença (por exemplo se um

paciente continua incapaz de ir ao serviço por não adesão ao tratamento, o clínico é obrigado a fornecer o atestado porque o estado do paciente o justifica).

- Utilizar formulários da sua unidade sanitária para atestar factos verificados em clínica privada.
- Passar um atestado autorizando um período de ausência para o qual o clínico não tem autorização (ao técnico de medicina não é autorizado passar um atestado de mais de 7 dias).
- Passar atestado em troca de um pagamento monetário.
- Passar atestado para seus familiares próximos (pais, filhos, esposa) se houver outro clínico que possa fazer.
- Ceder à “pressão” do paciente, do seu superior hierárquico ou outra entidade para passar um atestado quando ele concluiu na sua avaliação clínica, não haver necessidade para esse efeito.
Exemplo: atestar que o filho do seu superior hierárquico se encontra incapacitado para ir ao serviço por doença, para o mesmo participar num exame de admissão para a universidade.

Actividade

Caso 1: O filho do administrador do distrito onde você trabalha é motorista de uma ONG internacional. Ele apresenta-se na sua casa dizendo que está com “babalaza” depois duma noite de bebedeira e quer um atestado de doença de 3 dias.

O que deve fazer?

Resposta: *Deve orientar-lhe para ir à consulta. Na consulta deve avaliar clinicamente para determinar a necessidade ou não de passar o atestado. Se depois da avaliação você determina que ele pode ir ao serviço, não deve passar o atestado.*

Nota, se você avaliar e concluir que a “babalaza” pode afectar o seu aptidão para conduzir (e conduzindo poderia por em perigo a sua vida ou a vida de terceiros), deve passar um atestado indicando que temporariamente (p.ex. para um período de 24 horas) não tem aptidão para conduzir. Isto é um atestado de aptidão e não de doença.

Caso 2: O médico com quem trabalha é chamado urgentemente para uma reunião com o médico chefe e te pede para passar um atestado de doença para o paciente que ele observou.

O que deve fazer?

Resposta: *você precisa repetir a consulta e confirmar as constatações antes de passar o atestado.*

Nota: embora que o médico seja de um nível superior, a pessoa que passa o atestado é legalmente responsável, por isso (seguindo ponto 1) precisa confirmar a avaliação do médico.

Caso 3: Você tem um paciente que diagnosticou pneumonia. Na 2ª feira passada passou um atestado de doença para 7 dias. Na 3ª feira da semana seguinte o filho do paciente vem dizer que o pai ainda está doente e precisa de um outro atestado.

O que deve fazer?

Resposta: *Deve explicar ao filho que não pode passar o atestado sem fazer uma reavaliação do paciente, e que o pai deve voltar à consulta se precisar de um outro atestado.*

BLOCO 4: TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A transferência de paciente consiste em referir um paciente de uma unidade sanitária para a outra ou de um clínico para o outro para iniciar ou continuar com os cuidados e tratamento.

No Sistema Nacional de Saúde de Moçambique, os níveis de atenção médica estão organizados de acordo com a complexidade das acções preventivo-curativas e de reabilitação, correspondendo a cada nível um quadro de recursos humanos tecnicamente qualificados para corresponder às exigências naquele nível (exemplo técnico de medicina no centro de saúde periférico e o médico no hospital distrital; centro de saúde sem aparelho do raio x e hospital distrital com aparelho de raio x). Portanto as transferências de pacientes são efectuadas de acordo com a capacidade técnica e humana para a prestação de cuidados e tratamento aos pacientes.

Assim sendo, a transferência é feita de uma unidade sanitária menos diferenciada para uma mais diferenciada (centro de saúde para hospital distrital, este para o rural ou provincial e aí por diante) e de um técnico de saúde menos qualificado para um mais qualificado (exemplo técnico de medicina para médico).

A transferência é efectuada nas seguintes situações:

- Quando o paciente necessita serviços não disponíveis no nível de atenção que o assiste (exemplo: transferido para uma cirurgia, para diagnóstico de massa abdominal, tratamento anti-retroviral, etc.)
- Para a continuação de cuidados recebidos até ao momento (por mudança de residência, serviços oferecidos próximo à sua residência, etc.)
- Para cuidados de urgência (politraumatismo, abdómen cirúrgico, etc.)
- O clínico que transfere o paciente deve preencher uma guia de transferência contendo toda a informação referente à doença do paciente pertinente e considerada necessária para a assistência do paciente. Na partilha e fluxo de informação entre clínicos e entre unidades sanitárias deve ser sempre preservada a privacidade e mantida a confidencialidade.

Nota: existem situações em que a transferência não obedece necessariamente a esta hierarquia estabelecida:

- Casos de urgência, em que o paciente é referido directamente para um nível de atenção muito mais elevado que oferece os serviços necessários, um exemplo é quando um paciente politraumatizado é referido de um centro de saúde periférico para um hospital provincial.
- Casos em que o clínico refere para seu colega de mesma categoria, mas com melhor experiência no manejo da doença em causa.
- Situação em que o paciente é referido de um clínico para o outro consoante a disponibilidade na unidade sanitária ou no dia da consulta: exemplo de enfermeiro para médico.

4.1. Transferência de pacientes no contexto ético:

Eticamente, a transferência deve ser sempre efectuada pondo em primeiro plano o bem para o paciente (princípio de beneficência). Praticamente, deve considerar transferir um paciente se:

- Você não é capaz de fornecer a atenção necessária (por nível, experiência, material, medicamentos, meios diagnósticos, outros equipamentos etc.).
- Para ter melhor atenção (por nível, experiência, material, medicamentos, meios diagnósticos, outros equipamentos, etc.).
- Para obter uma segunda opinião (confirmação).

- Porque o paciente pediu (princípio de autonomia).

4.2. Considerações éticas na decisão de transferir um paciente

Na decisão de transferir o paciente devem se pesar os benefícios da transferência com os riscos/desvantagens:

- Riscos da viagem ou do atraso de tratamento por transferência (nota: esses riscos podem ser no acto da transferência ou no atraso do tratamento provocado pela transferência)
- Probabilidade do paciente cumprir com a transferência (falta de meios financeiros, tempo, acesso a transporte, medo de viajar, outros compromissos ou restrições, motivos familiares, considerações culturais ou religiosas). Por exemplo, se o paciente for pobre, e o local para onde pretende o transferir é distante há um grande risco de ele simplesmente voltar para casa ou procurar tratamentos tradicionais.
- Considerações de preferência/qualidade de vida do paciente (muita importância em condições terminais p.ex: um paciente podia estender a sua vida com cuidados melhores na US, mas prefere morrer no seio da sua família ou ser transferido para outra US com menos recursos por esta ficar próximo de sua casa).
- Probabilidade do paciente de facto receber melhor atenção/receber atenção. Tem de ter certeza que os serviços de facto são disponíveis (Nota: a simples existência dos serviços não necessariamente garante disponibilidade dos mesmos). Sempre deve tentar confirmar com a US para a qual vai transferir a disponibilidade dos serviços.
- Probabilidade da referência resultar em decisões importantes sobre a conduta (p.ex. se os resultados do meio auxiliar mais sofisticado irão resultar numa conduta melhor).

Processo ético da transferência:

- Sempre que for possível deve envolver o paciente (e/ou a família) na decisão de transferência, explicando as vantagens, os riscos e o grau de urgência. Solicitando e levando em consideração as preocupações e considerações do paciente:
 - Existem situações em que considerações psicossociais apresentados pelo paciente (ou família) são muito importantes na decisão de transferir. P.ex. um camponês que argumenta que a transferência nessa altura o faria perder a colheita que é o único sustento da sua família.
 - Após a discussão deve obter o consentimento do paciente antes de proceder a transferência salvo nas situações de urgência ou incapacidade do paciente (paciente inconsciente, paciente em coma, uma criança, ou se é um adulto que apresenta um estado mental que não lhe permite assumir responsabilidades sobre si mesmo).
- Deve considerar os apoios que pode fornecer ao paciente para a transferência e necessidade que o paciente tem desses apoios para poder cumprir (p.ex. se é possível organizar transporte). Nota: essas decisões são muito influenciadas pela situação socioeconómica do paciente.
- Sempre que possível deve contactar a US para qual vai transferir o paciente, para:
 - Verificar a disponibilidade dos serviços;
 - Nas situações de urgência, o local para onde o paciente é transferido o paciente deve receber a informação previamente;
 - Confirmar onde o paciente deve se apresentar (se não souber).
- Tomar todas as medidas e tratamentos necessários para estabilizar o paciente (se necessário)

Actividade

Estudo de caso, discussão em grupo:

Divida os alunos em 4 grupos

Peça aos alunos para lerem ambos os casos e tomar a decisão de transferir ou tratar localmente.

Para além da decisão devem descrever as considerações éticas e apresentar a justificação da sua decisão:

Caso: Uma senhora de 35 anos de idade, camponesa, apresentando sinais e sintomas compatíveis com tuberculose, refere que tem 3 crianças pequenas e que vive sozinha porque o marido é mineiro na África do Sul. No seu centro de saúde não tem BK nem mantoux (teste confirmatório de tuberculose) mas tem os medicamentos necessários para o tratamento. A US com disponibilidade do BK dista a 50 km da sua US. O caminho não é muito bom e há pouco movimento de chapas. Quando você sugere a transferência ela demonstra preocupação acerca de quem vai cuidar dos seus filhos.

- 1 Quais são as vantagens e desvantagens e riscos de transferir?
- 2 Quais são as vantagens e desvantagens e riscos de iniciar tratamento?
- 3 Deve transferir ou iniciar tratamento? Justifica a sua resposta.
- 4 O que é que faria se a mesma senhora vivesse a 15 minutos da US para onde pretende transferir? Justifica a sua resposta (*att: a resposta não deve ser a mesma.*)

Resposta:

Vantagens de transferir

Pode se confirmar o diagnóstico – o tratamento de TB é longo e desagradável, mas necessita de boa aderência, assim, deve-se evitar se não for necessário.

Se não for TB, vai poder receber tratamento pela condição que tem.

Desvantagens/riscos de transferir:

- Considerando que a paciente vive sozinha e demonstra preocupação acerca de como cuidar dos seus filhos durante a sua ausência, considerando a dificuldade de transporte, e considerando a distância, há uma probabilidade de ela simplesmente não ir, mas sim voltar para casa ou procurar tratamentos tradicionais localmente disponíveis. Nesse caso não iria receber tratamento e, se for tuberculose, poderia levar à morte e correr o risco de infectar as crianças.
- Normalmente o resultado do BK não sai no mesmo dia assim se for fazer o teste apresenta o risco de não voltar para o resultado.
- Há risco de algo acontecer aos seus filhos aquando da sua ausência.
- Para além disso há risco de ela não voltar para sua US, por medo.

Vantagens de iniciar tratamento de imediato:

- Se for TB, (considerando a epidemiologia do país é muito provável que seja TB) ela receberá o tratamento correcto. E ficará bem.
- Evitam-se os riscos de morte por TB ou infecção dos seus filhos.

- Ajuda a manter a relação clínico paciente, importante para a adesão.

Desvantagens:

- Pode ser uma outra doença e o tratamento não irá ajudar.
- Seria exposta a toxicidade dos medicamentos (possivelmente sem necessidade).

Decisão:

Nota, em ambas as situações as opções devem ser discutidas com a paciente (incluindo vantagens e desvantagens) para manter os princípios de autonomia e beneficência.

Considerando a probabilidade alta que seja TB, o grande risco da paciente simplesmente não ir fazer o BK, e as consequências graves para ela e a sua família de ter TB não tratada, a decisão de iniciar o tratamento seria uma conduta eticamente correcta.

Pelo contrário, se ela vivesse próximo à US com BK, há muita maior probabilidade de ela ir e receber a confirmação do diagnóstico, assim, fazer a transferência seria a conduta eticamente melhor porque assim evitar-se-ia fazer um tratamento desnecessário ou errado com os prejuízos associados.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. O atestado médico é um documento que deve merecer respeito pelos princípios éticos, sempre com o objectivo de preservar a saúde do paciente ou proteger a terceiros.
- 5.2. O atestado deve apresentar a opinião do clínico sobre o assunto em questão mas não fornecer detalhes e nenhuma informação sobre a condição clínica salvo em pedido especial do paciente ou ordem judicial.
- 5.3. O clínico deve fazer uma avaliação adequada para o atestado que está a elaborar. Se não tem competência ou acesso aos meios auxiliares necessários para o atestado, deve referir o paciente a um nível de atendimento superior.
- 5.4. Eticamente, a transferência deve ser sempre efectuada pondo em primeiro plano o bem para o paciente (princípio de beneficência).
- 5.5. A decisão de transferir o paciente deve pesar os benefícios da transferência com os riscos/desvantagens da transferência.
- 5.6. Sempre que for possível deve envolver o paciente (e/ou a família) na decisão de transferência, explicando as vantagens, os riscos e o grau de urgência, solicitando e levando em consideração as preocupações e considerações do paciente, e obter consentimento.
- 5.7. Deve considerar os apoios que pode fornecer ao paciente para a transferência e necessidade que o paciente tem desses apoios para poder cumprir.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	7
Tópico	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência	Tipo	Teórica
Conteúdos	Dilemas Profissionais: Aborto	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar conflitos e dilemas profissionais presentes na carreira do Técnico de Medicina.
2. Definir aborto.
3. Analisar o aborto à luz da legislação em vigor em Moçambique.
4. Descrever as causas das controvérsias existentes em redor do aborto.
5. Identificar os conflitos e dilemas profissionais quanto ao aborto.
6. Descrever situações em que o Técnico poderá enfrentar este dilema.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Métodos de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Dilema Médico		
3	O Aborto como Dilema Ético na Prática Médica		
4	Procedimento Ético do Profissional de Saúde em Relação à Prática do Aborto		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Bibliografia (referencias usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Acosta S JR. Bioética desde uma perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997:60-1.
- Arocena R, Sutz J. A universidade latino-americana do futuro: Tendências - cenários - Alternativas. Uruguay, 2003.
- Balbi A, et al. Proposta de Planificação Estratégica para a Coordenação General de Extensão e Difusão Cultural da UNEG. Universidad Interamericana de Educación a distancia. Puerto Ordaz, Venezuela, 2004.
- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica (Principles of biomedical ethics). Cuarta Edición. Nueva York: Oxford Univ Pr; 2004.
- Carpio J. El Rol de la UNEG en el desarrollo de la Educación Comunitaria desde la óptica de la Función de Extensión: Elementos para su comprensión. CEPES, Universidad de La Habana, Cuba, 2004.
- Marston C. Cleland JC (2003) Gravidez indesejada levadas ao final do termo resultam em resultados adversos para a mãe o ou filho? Uma avaliação em países em desenvolvimento (Do unintended pregnancies carried to term lead to advers outcomes for mother and child? An assessment in developing countries). Population Studies 2003, 57:77-93.
- Motta SN. Ética e vida Profissional. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural. 1984
- Nuñez J. A Ciência e a Tecnologia como Processos Sociais. Editorial Varela. La Habana, Cuba, 1999.
- Núñez JJ. Ciência, Tecnologia e Sociedade. Em: Núñez Jover J, Pimentel Ramos L. Problemas sociales de la Ciencia y la Técnica. La Habana: Editorial Félix Varela; 1994:83-116.
- Pimentel RL. Impacto social do progresso científico contemporâneo (dissertação). La Habana: Universidad de La Habana; 1996. 46- 53.
- Vasquez R. Reflexões na marca dos Problemas Sociais da Ciência e a Tecnologia. Doctorado en Ciencias de la Educación. Universidad de la Habana. México, 2003.
- WHO/OMS (2007) Aborto inseguro: estimativas globais e regionais da incidência de aborto inseguro e mortalidades associadas em 2003 (Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003). 5ª Edição. Geneva.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DILEMA MÉDICO

2.1. Definição de Dilema: dilema é um argumento formado por dois fundamentos contrários entre si.

Na prática clínica, os clínicos enfrentam diversas situações de carácter ético que, devido à sua natureza, gerem dúvidas e colocam o clínico perante a difícil tarefa de reconciliar posições contrárias.

Dado que, pela sua natureza, os fundamentos que constituem um dilema são contrários entre si, a resolução de um dilema é sempre contraditória, portanto é sempre uma solução que fica às meias; uma solução que nunca satisfaz completamente.

Quando um clínico encontra-se numa situação em que, desde o ponto de vista ético, não sabe muito bem que conduta adoptar, o mais importante é ter presente os quatro princípios éticos e apoiar-se nos colegas:

Os princípios que regem a nossa Ética Médica:

- O *Princípio da Beneficência*: consiste em procurar sempre que cada decisão e cada acto levado a cabo pelo médico tenham por objectivo beneficiar o paciente.
- O *Princípio da Não Maleficência*: consiste em não causar danos ao paciente. Procurar sempre que o paciente nunca saia prejudicado no decurso de um acto médico.
- O *Princípio da Autonomia*: consiste em respeitar os direitos, os desejos e as necessidades dos pacientes.
- O *Princípio da Justiça*: consiste em não beneficiar um paciente causando prejuízos a outros.
- O *Princípio de Veracidade/Honestidade*: consiste em sempre ser honesto com colegas e pacientes

Actividade (15 min) Revisão/Chuva de Ideias

Na disciplina da Ética 1, que foi tratada no primeiro semestre já houveram algumas discussões acerca de dilemas éticos. Podem listar alguns dos dilemas discutidos no semestre passado?

O docente ou um voluntário deve listar os dilemas éticos discutidos. Depois de ter 3-4 exemplos listados, peça aos alunos para indicarem quais os princípios que estão em conflito para cada exemplo:

Respostas:

Conflitos entre princípios de Autonomia e Beneficência podem ocorrer quando o paciente não concorda com as recomendações do clínico. Por exemplo, pode não querer submeter-se a um certo tratamento.

Conflito entre Justiça e Dignidade (que implica confidencialidade e beneficência). Por exemplo uma paciente que se apresenta com uma ITS, e não quer que o seu marido seja informado.

Veracidade e Beneficência (que implica confiança entre o paciente e o clínico). P.ex. Frequentemente sinais/sintomas não são suficientemente específicos para chegar-se a um diagnóstico definitivo mas admitindo isso pode arriscar a confiança do paciente (o seu tratamento pode ser prejudicado).

Nesta aula queremos colocar o nosso enfoque numa situação específica que se apresenta como dilema eticamente e moralmente complexo:

- O Aborto (provocado)

2.2. Definição de aborto

Aborto consiste no término da gestação entre as 20 e 22 semanas ou com um peso fetal menor de 500 gramas. Expulsão do feto sem capacidade de sobreviver. A expulsão do feto pode ser espontânea ou provocada.

Portanto: o aborto pode ser *Aborto Provocado* ou *Aborto Espontâneo*

Aborto Provocado: consiste na interrupção intencional da gravidez mediante a extracção do feto da cavidade uterina.

Aborto Espontâneo: dá-se quando acontece a expulsão espontânea do feto consequente das alterações inerentes ao desenrolar da própria gravidez ou a acidentes, sem interferência da própria mulher ou de outrem.

Na ética médica a controvérsia à volta do aborto tem o seu enfoque no aborto provocado, portanto nesta aula quando referimo-nos ao “aborto” referimo-nos ao “aborto provocado”. O aborto provocado pode também ser referido como “interrupção voluntária da gravidez”.

Aborto como dilema ético:

O aborto apresenta-se como um dilema ético que precisa duma abordagem especial pelas seguintes razões:

- Exige uma avaliação complexa de beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia.
Exemplo 1: a beneficência da mãe contra a não-maleficência contra o feto.
- É muito ligado á moralidade e convicções religiosos pessoais dos funcionários de saúde.
Exemplo 1: existem pessoas para quem o aborto é simplesmente considerado assassinato duma futura criança, e outros para quem não fornecer o aborto é uma violação dos direitos humanos da mulher de decidir se quer fazer um filho.
- Tem implicações legais: o aborto é ilícito.

BLOCO 3: O ABORTO COMO DILEMA ÉTICO NA PRÁTICA MÉDICA

O aborto é uma preocupação clínica, e o aborto inseguro (de alto risco) é um problema importante de saúde ao nível mundial. A Organização Mundial da Saúde, estima que no mundo acontecem cerca de 210 milhões de gravidezes por ano; das quais, 80 milhões são gravidezes *não desejadas*. De todas as gravidezes não desejadas, 42 milhões são abortadas. Dos 42 milhões de abortos, 20 milhões são abortos de forma insegura (frequentemente auto-induzido de uma forma clandestina ou realizado por pessoas não qualificadas e em condições de higiene precárias). A maioria destes casos ocorre em países onde o aborto é proibido e punido pela lei.

Actividade (30 min)

Discussão em Grupo Acerca de Argumentos a Favor e Contra, Sempre Considerando o Fornecimento de Serviços de Aborto

Material necessário: papel gigante com canetas (se não tiver pode usar o quadro preto com giz).

Divida os alunos em 5 grupos. Peça a cada grupo para identificar 2 argumentos a favor e 2 argumentos contra a prestação de serviços de interrupção voluntária da gravidez (aborto) nas unidades sanitárias.

Enfatiza aos alunos que isto não é um debate acerca de se acham aborto bom ou mau mas acerca dos serviços que acham que eticamente devem ser fornecidos a mulheres que pretendem interromper a gravidez.

Dê 15 minutos para discussão em grupo.

Apresentação em plenária (Nota: a discussão pode ficar muito "quente" e raramente há consenso—o docente deve ser consciente do tempo e terminar as discussões após 15 minutos).

3.1. Argumentos a favor de fornecer serviços de aborto (2 exemplos)

- Um dos argumentos mais fortes para o fornecimento de serviços de aborto seguro nas unidades sanitárias é que se estes não existirem, as mulheres continuarão a procurar abortos clandestinos em condições inseguras (40-60% dos abortos mundiais são inseguros). O aborto realizado em condições de risco continua a ser uma das principais causas de mortalidade materna evitável (OMS–Unsafe Abortion, 2004), portanto proibir não elimina o recurso ao aborto. Quando as mulheres sentem que ele é necessário fazem-no, mesmo que não seja em segurança. O aborto efectuado por profissionais de saúde experientes, com equipamento adequado e de acordo com as normas sanitárias, apresenta poucos riscos (menor risco do que uma gravidez levada a termo nas melhores circunstâncias, Marston 2003). E sendo assim, devem fornecer-se serviços de aborto seguros, pelo *princípio de beneficência*.
- Limitar a aplicação de um princípio ético fundamental: a Autonomia. O *princípio da Autonomia*, como sabemos, consiste no dever do médico de proteger e de promover o direito que o paciente tem de tomar decisões livres sobre a sua vida e saúde sem ser coagido. É o dever do clínico proteger a liberdade individual do paciente. Portanto, não dar apoio médico para a realização de um aborto quando este é invocado pela gestante é impedir o direito que a mulher tem de decidir voluntariamente sobre a sua maternidade.

3.2. Argumentos contra fornecer serviços de aborto (2 exemplos)

- Existem os que argumentam que o ser humano uma vez concebido, tem o direito pleno à vida; fazer um aborto é um atentado contra a vida humana; um feto é uma "pessoa", semelhante a nós, com iguais direitos, portanto o aborto é um pecado. É mau e imoral. Assim não deve fornecer os serviços de aborto, pelo princípio de não maleficência.
- A legalização do aborto ou a existência de um instrumento que autoriza a prática do aborto, pode aumentar o número de abortos, isto é, a mulher não tomar as devidas medidas para a prevenção da gravidez (por exemplo o uso da contracepção), segura de que se engravidar poderá interromper. Assim não deve fornecer os serviços de aborto pelo *princípio de justiça*.

3.3. Conclusão

Há muito mais argumentos fortes a favor e contra a prática de aborto.

Para além disso, pessoas têm opiniões e convicções morais, culturais e religiosas muito fortes e geralmente dificilmente alteráveis acerca do aborto.

Nesta aula o objectivo não é de alterar convicções ou chegar a um consenso, mas sim de garantir que um paciente, chegando a uma unidade sanitária a procura de serviços de aborto, receba serviços padronizados ao nível do sistema nacional de saúde, orientados pelas leis em vigor no país e as directivas do Ministério de Saúde, e não por convicções individuais do profissional de saúde.

BLOCO 4: PROCEDIMENTO ÉTICO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO À PRÁTICA DO ABORTO

Os dilemas específicos do funcionário de saúde em volta do aborto tratam da responsabilidade e proibições ligadas à atenção que se deve prestar às mulheres que estão a considerar um aborto, especificamente:

- Que informação/aconselhamento deve fornecer ao paciente acerca do aborto?
- Deve-se prestar atenção clínica no processo de provocar o aborto?
- Deve-se fornecer assistência a mulheres com aborto em curso (p.ex. provocado por um tratamento tradicional)?
- Deve-se notificar abortos provocados?

4.1. Considerações gerais em relação a prática do aborto:

Nas últimas três décadas, um número cada vez crescente de países tem adoptado leis que regulam a prática do aborto; deste modo, *existem no mundo*:

- *Países onde o aborto é completamente proibido e portanto a sua prática é ilegal e punida pela lei;*
- *Países onde o aborto é permitido em determinadas circunstâncias,*
- *Países onde o aborto pode ser realizado livremente.*

4.2. Orientações legais acerca do aborto em Moçambique:

Em Moçambique a legislação orientando o direito ao aborto terapêutico não está claramente definida e está actualmente em debate. As disposições legais sobre o aborto contidas no código penal, que ainda vêm do período colonial (artigo 358), indicam que a interrupção da gravidez ou o aborto só é legal quando a gravidez ameaça a vida da mulher. Uma revisão de 2006, executada pela Unidade Técnica de Revisão torna lícito o aborto nas seguintes situações:

- Um diagnóstico médico prevê que a continuação da gravidez poderá levar à morte da mãe ou que a sua vida vai correr perigo.
- O aborto vai evitar o nascimento de um bebé que terá graves defeitos físicos ou mentais.
- A gravidez resulta de relações sexuais praticadas contra a vontade da mulher (exemplo em caso de violação sexual (estupro). Nota: na lei quando uma menor for engravidada por um adulto é considerado violação sexual uma vez que legalmente esta não tem poder de decisão por ser menor.

Em 2005, Moçambique assinou “A Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos relativa aos Direitos da Mulher em África” e assim passou a ser lei. (BOM 2005, 1ª serie No 49). Nesse documento é especificado que:

“Os Estados que tomaram parte devem tomar medidas apropriadas para:

c) Proteger os direitos de reprodução da mulher, particularmente autorizando o aborto em casos de agressão sexual, violação, incesto e quando a gravidez põe em perigo a saúde mental e psíquica da mãe ou do feto.”

Em reconhecimento da magnitude da mortalidade materna resultante de aborto inseguro (por exemplo aborto praticado na medicina tradicional, por pessoas não formadas ou em condições de falta de assepsia), o Ministério da Saúde está a implementar um decreto provisório do ano 1985 que autoriza serviços de aborto induzido para gravidezes que tenham uma idade gestacional até 12 semanas, após um pedido escrito e autorizado pelo Director da unidade sanitária, em unidades sanitárias seleccionadas (que reúnem as condições necessárias para a realização de aborto seguro).

O profissional de saúde indivíduo está inserido numa sociedade regida por valores éticos morais/religiosos, que orientam o seu comportamento em relação aos outros indivíduos (Motta 1984). Estes valores geram opiniões muito fortes acerca do aborto que podem pesar no momento de decisão sobre a interrupção voluntária da gravidez. Por isso, o Ministério da Saúde, como forma de padronizar a atenção clínica prestada ao paciente, exige que todo o clínico no exercício das suas funções deve:

- Praticar o aborto seguro seguindo estritamente o regulamento em vigor no país e não a convicções pessoais.
- O profissional de saúde deve prestar a assistência clínica necessária a toda a mulher grávida que pretende voluntariamente interromper a gravidez, independentemente dos princípios morais/religiosos pessoais em relação a prática do aborto, mas deve referir para assistência de nível superior as situações complicadas que estão além das suas competências técnicas.
- O profissional de saúde deve prestar cuidados de aborto seguro com a mesma atenção, perfeição e zelo à uma mulher que praticou o aborto na unidade sanitária e à mulher que praticou fora da unidade sanitária com recurso a outros meios (instrumentos metálicos, produtos químicos ou medicamentos tradicionais), portanto que chega à unidade sanitária com o aborto em curso.
- O profissional de saúde pode referir para outro clínico, se a prática do aborto afecta os seus princípios morais/religiosos, mas apenas se a situação em causa não é urgente (por exemplo uma mulher com 8 semanas de gravidez, pode esperar pela observação de outro clínico). Nota: se o profissional de saúde é o único clínico na unidade sanitária, ele deve prestar os cuidados de aborto seguro à mulher.

Atividade

Estudo de Caso

Peça aos alunos para trabalharem em grupos de 5 e depois fazerem a apresentação em plenária:

Caso 1

Você é clínico numa US com condições para a prática de aborto seguro e é tecnicamente capaz de o fazer. Recebe na sua consulta uma mulher com uma gravidez de 10 semanas e pretende interromper. Você necessita informar à mulher que lhe será feita a interrupção da gravidez, mas antes terá que fazer uma ecografia e hemograma. Você é religioso e a sua religião é contra a prática do aborto. O seu colega com quem trabalha está de férias, mas regressa em 2 dias.

Como procederia com a mulher? Porquê?

Resposta: Você deve prestar a assistência à mulher e dar toda a informação e orientação que ela necessita. Os princípios religiosos pessoais não devem interferir no seu dever de providenciar cuidados de saúde. Se a paciente consentir pode transferi-la para o seu colega, a paciente poderá regressar à US em 2 dias (a interrupção da gravidez é permitida até 12 semanas).

Caso 2

Você desta vez está no serviço de urgência, é o único clínico e recebe uma mulher com todas as análises feitas e com a autorização do Director do Hospital. Ela veio para que você coloque o citotec (comprimido para induzir o aborto). Você tem possibilidade de referir a senhora para o outro hospital que dista há 30 minutos à pé e os chapas também circulam.

O que deve fazer?

Resposta: Deve prestar os cuidados à senhora, pelos mesmos motivos mencionados na pergunta 1.

Neste caso não deve transferir a paciente, pois ela pode e deve ser assistida na sua unidade sanitária, porque não se trata de um caso complicado que supera a capacidade técnica instalada.

Informações/aconselhamentos que devem ser fornecidos a uma paciente que pretende interromper a gravidez. O profissional de saúde:

- Deve explicar claramente os procedimentos clínicos e administrativos, bem como os serviços específicos fornecidos na sua unidade sanitária.
- Caso os serviços não existam na sua US, deve referir a paciente a uma US que fornece esses serviços.
- Deve explicar claramente sobre as normas do MISAU acerca do aborto (condições em que é permitido ou proibido).
- Deve apresentar duma maneira equilibrada os riscos médicos do aborto e os riscos médicos de levar a gravidez até ao fim.
- Não deve pronunciar a sua opinião acerca da decisão da paciente (nem recomendar nem contrariar).

- Em situações excepcionais, pode dar a sua opinião clínica acerca da decisão do paciente, por risco excepcional de morte ou complicações graves (por exemplo, se a paciente grávida se apresenta com pré-eclampsia grave o clínico pode recomendar aborto, se a mulher estiver numa idade gestacional avançada como por exemplo 20 semanas, apresenta graves riscos de sangramento abundante e morte).
- Deve apresentar os riscos dum aborto inseguro (executado por uma pessoa não qualificada e/ou em condições inadequadas) e desencorajar esta prática.
- Se a gravidez estiver próxima do limite permitido (máximo de 12 semanas) deve informar à mulher da urgência.
- Deve fornecer informações para a prevenção de futuros abortos/gravidezes indesejadas (a educação sexual, aconselhamento de planeamento familiar e o uso de métodos anticonceptivos).
- Deve registar toda a informação sobre o aborto provocado.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** O aborto provocado consiste na interrupção voluntária da gravidez através da extracção do feto da cavidade uterina.
- 5.2.** O profissional de saúde deve prestar a assistência clínica necessária a toda a mulher grávida que pretende abortar ou com aborto em curso conforme as normas recomendadas pelo Ministério da Saúde, independentemente dos princípios morais/religiosos pessoais em relação a prática do aborto.
- 5.3.** O Ministério da Saúde está a implementar um decreto provisório do ano 1985 que autoriza serviços de aborto induzido para gravidezes que tenham uma idade gestacional até 12 semanas, após um pedido escrito e autorizado pelo Director da unidade sanitária, em unidades sanitárias seleccionadas (que reúnem as condições necessárias para a realização de aborto seguro).
- 5.4.** Para além disso, o código penal permite aborto nos seguintes contextos:
 - Um diagnóstico médico prevê que a continuação da gravidez poderá levar à morte da mãe ou que a sua vida vai correr perigo.
 - O aborto vai evitar o nascimento de um bebé que terá graves defeitos físicos ou mentais.
 - A gravidez resulta de relações sexuais praticadas contra a vontade da mulher.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	8
Tópico	Comportamento com Alto Profissionalismo e Competência	Tipo	Teórica
Conteúdos	Dilemas Profissionais: Eutanásia	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir eutanásia.
2. Analisar a eutanásia à luz da legislação em vigor em Moçambique.
3. Descrever as causas das controvérsias existentes em redor da eutanásia.
4. Identificar os conflitos e dilemas profissionais quanto à eutanásia.
5. Descrever situações em que o Técnico poderá enfrentar estes dilemas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Métodos de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução a Eutanásia		
3	Eutanásia no Contexto legal em Moçambique		
4	Eutanásia como Dilema na Ética Médica		
5	O que Fazer Quando um Paciente Pede Apoio para Morrer		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Bibliografia (referencias usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Núñez Jover J. Ciencia, Tecnología y Sociedad. En: Núñez Jover J, Pimentel Ramos L. Problemas sociales de la Ciencia y la Técnica. La Habana: Editorial Félix Varela; 1994:83-116.
- Pimentel Ramos L. Impacto social del progreso científico contemporáneo (disertación). La Habana: Universidad de La Habana; 1996. 46- 53.
- Acosta Sariago JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997:60-1.
- Arocena, Rodrigo y Sutz, Judith: La Universidad latinoamericana del futuro: Tendencias - Escenarios - Alternativas. Uruguay, 2003.
- Balbi, Aura y otros: Propuesta de Planificación Estratégica para la Coordinación General de Extensión y Difusión Cultural de la UNEG. Universidad Interamericana de Educación a distancia. Puerto Ordaz, Venezuela, 2004.
- Carpio, José: El Rol de la UNEG en el desarrollo de la Educación Comunitaria desde la óptica de la Función de Extensión: Elementos para su comprensión. CEPES, Universidad de La Habana, Cuba, 2004.
- Nuñez, Jorge. La Ciencia y la Tecnología como Procesos Sociales. Editorial Varela. La Habana, Cuba, 1999.
- Vasquez, Rosendo. Reflexiones en el marco de los Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Doctorado en Ciencias de la Educación. Universidad de la Habana. México, 2003.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Cuarta Edición. Nueva York: Oxford Univ Pr; 2004.
- Motta, S. N. Ética e vida Profissional. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural. 1984
- Campbell A, Gillett, G., Jones G., Medical Ethics, 4th Edition, Oxford University Press, Victoria, Australia; 2006
- <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/pad.html> Accessed 7/3/2011. Ethics in medicine, University of Washington School of Medicine. "Physician aid in dying".
- Da Sila S. M. T., Eutanásia, 2000, artigo tirado da página web: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/1863/eutanasia>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO A EUTANÁSIA

A eutanásia é um tema controverso e que suscita muitos debates tanto no seio da comunidade médica, como nas organizações civis e nos sistemas legais. Há dois extremos de pensamentos, os defensores da eutanásia, que sustentam os seus argumentos na base de que a dignidade humana consiste no direito de poder eleger livremente o momento da morte e os críticos que se sustentam sobre a base de que a eutanásia é um assassinato ou assistência ao suicídio (actos considerados ilegais e imorais).

Em certos países como Holanda, a eutanásia é permitida ao abrigo da lei em determinadas situações seguindo critérios. Em outros, como nos estados de Oregon e Washington (nos Estados Unidos) o médico também, seguindo certos critérios, pode fornecer ao paciente terminal os meios de terminar a sua própria vida mas não pode administrar. Em muitos outros países é reconhecido o direito do paciente de rejeitar os tratamentos ou procedimentos clínicos extraordinários, podendo desta forma optar por uma morte tranquila, pacífica e digna.

2.1. Definição da Eutanásia

A eutanásia é um procedimento clínico, que por razões de compaixão, o médico deixa morrer ou ajuda a morrer um paciente desgastado e sem possibilidades de cura, com o objectivo de evitar ou de por fim ao seu sofrimento. A eutanásia pode ser:

- **Eutanásia Activa**: é quando o clínico provoca uma morte aplicando doses fatais de substâncias mortíferas.
- **Eutanásia Passiva (por omissão)**: é quando o clínico deixa de prestar certos cuidados e tratamentos necessários e adequados para prolongar a vida do paciente de forma a acelerar ou a permitir a morte.

A eutanásia é considerada a pedido do paciente que sofre de uma doença dolorosa, progressiva, gravemente incapacitante e incurável. Em certos casos pode ser solicitado por familiares. Por exemplo, quando o paciente está num coma irreversível (quando o consenso médico é que o paciente não tem possibilidade de recuperar do coma).

Assistência ao Suicídio/Assistência Médica a Morte: Em certos países se distingue a “assistência médica à morte” da eutanásia activa. Assistência médica à morte é quando o clínico fornece ao paciente os meios para terminar a sua vida (p.ex. uma dose letal de morfina) e o paciente se auto-administra quando quiser. Este procedimento é também ilegal em Moçambique.

BLOCO 3: EUTANÁSIA NO CONTEXTO LEGAL EM MOÇAMBIQUE

A lei moçambicana se baseia no Código Penal Português. Nesse código, a eutanásia activa, em que o médico administra algo para encurtar a vida do paciente, mesmo por motivos piedosos para minimizar o sofrimento, é considerada como “*Homicídio voluntário simples*”. O código penal apresenta a instrução de que “*qualquer pessoa, que voluntariamente matar outra, será punida com prisão maior de 16 a 20 anos.*” (Artigo 349 do Código Penal Português 2ª edição).

A eutanásia por omissão (também chamada *distanásia*) é menos clara. As notas no código penal indicam que “*A eutanásia homicida por omissão, ou distanásia, não é punível.*” O facto é que é extremamente difícil distinguir entre omissão de tratamento para encurtar uma vida e estender por

meios extraordinários para além da duração normal dessa vida. E por isso “a lei incrimina o encurtamento da vida e não a atitude negativa que constitui a omissão do seu prolongamento por meios artificiais quando até onde a ciência dos homens pode alcançar, o fim está à vista.” (Artigo 349 anotação 9 do Código Penal Português 2ª edição).

Assistência ao suicídio é também considerada crime em Moçambique. Tratado como “Auxílio ao suicídio” no artigo 354 do código penal português que instrui que “*Será punido com a pena de prisão aquele que prestar ajuda a alguma pessoa para se suicidar*”.

BLOCO 4: EUTANÁSIA COMO DILEMA NA ÉTICA MÉDICA

A Eutanásia apresenta-se como dilema ético:

- Exige avaliação complexa de beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia: a autonomia dum paciente que quer morrer mais cedo, a beneficência de terminar o sofrimento insuportável contra a não-maleficência, e se quando terminar uma vida se satisfaz o desejo do paciente (autonomia), mas é ao mesmo tempo contra a não-maleficência.
- Está muito ligada a moralidade e convicções religiosas pessoais dos funcionários de saúde (“o dom da vida pertence somente a Deus, portanto somente ele tem o poder para tirar a vida ao homem”).
- Tem implicações legais graves (a eutanásia é crime e punível por lei).
- A sua interpretação é muitas vezes complexa (*exemplo: na lei, é muito difícil distinguir eutanásia activa do assassinato. Pelo contrário a eutanásia passiva em princípio não é legal mas qualquer paciente competente tem o direito de recusar o tratamento*).

Actividade (30 min)

Discussão em Grupo Acerca dos Argumentos a Favor e Contra Sempre Considerando o Fornecimento de Serviços de Eutanásia

Material necessário: papel gigante com canetas (se não tiver pode usar o quadro preto com giz)

Divida os alunos em 2 grupos.

Dê 20 minutos para discussão em grupo.

Peça um grupo para discutir sobre a eutanásia activa, e outro para discutir sobre a eutanásia passiva:

Na discussão devem responder as seguintes questões:

- 1 Achar que a eutanásia deve ser praticada por clínicos? Devem justificar/argumentar as suas respostas.
- 2 Há contextos em que eutanásia deve ser praticada e outro em que não deve ser praticada?
- 3 Quais são os possíveis riscos ou abusos da eutanásia?
- 4 Quais são os benefícios da eutanásia? (para o paciente)

Apresentação em plenária (Nota: a discussão pode ficar muito animada e não haver consenso – o docente deve controlar o tempo e terminar as discussões após 20 minutos estabelecidos).

Como na discussão de aborto, a questão a ser abordada não é se você como clínico ou como pessoa esteja a favor ou contra a eutanásia, mas sim, se acha que os clínicos, funcionários da saúde, devem eticamente fornecer os serviços de eutanásia quando um paciente desejar esse serviço.

4.1. Argumentos a favor de fornecimento de serviços de eutanásia

- **Autonomia:** o argumento a favor, mais claro e forte, é o argumento do princípio de “Autonomia”. Na essência esse argumento diz que, o paciente tem o direito de tomar decisões maiores acerca do seu tratamento e cuidados, mesmo quando essas decisões influenciam a duração e qualidade da sua vida.
- **Beneficência:** o critério de tratamento deve ser orientado pelo benefício que traz para o paciente, e esse benefício deve ser medido pelo critério do paciente e não do funcionário de saúde. Em outras palavras “Beneficência” não é medida pelo clínico mas sim pelo paciente.
- **Compaixão:** sofrimento não se refere apenas à dor física; tem outros fardos físicos, existenciais, sociais e psicológicos, como a perda de independência, perda de sentido de si próprio, perda de capacidade funcional que o paciente pode achar que prejudica a sua dignidade. Nem sempre é possível aliviar esse sofrimento, e assim a eutanásia pode ser a resposta mais compassiva/humana a esse sofrimento interminável.
- **Justiça:** o princípio de justiça exige que todos os pacientes têm direito a serem tratados duma maneira equilibrada. Pacientes competentes, com doença terminal têm o direito legal de recusar o tratamento que iria prolongar a sua vida, e assim podem diminuir o tempo de sofrimento. Mas, dependendo da doença a morte (mesmo duma doença terminal) pode ser mais ou menos rápida. Partindo desse princípio será injusto que pacientes com doenças terminais que matam mais rapidamente tenham o direito a sofrimento menos prolongado que pacientes que sofrem de doenças terminais (e igualmente dolorosos) que matam mais devagar.
- **O argumento de inevitabilidade.** quando um paciente sofrendo duma doença terminal decide que quer morrer, ele vai procurar uma maneira de se suicidar. Mas é provável que os métodos de suicídio que o paciente tem acesso resultem numa morte mais demorada e mais dolorosa que os métodos que o clínico tem acesso.

4.2. Argumentos contra o fornecimento de serviços de eutanásia

- **A santidade da vida:** o argumento que algumas religiões populares (Cristianismo, Judaísmo, Islão) apresentam é que a vida é oferta do “Deus” e que o ser humano não tem o direito moral de rejeitar essa oferta. Apesar de esse argumento ter um certo nível de ambiguidade. Por exemplo, a decisão de ser mártir, ou a decisão de não fazer tratamentos que iriam salvar a vida em certas circunstâncias.
- **Irrracionalidade de desejar morte indica que o paciente é incompetente:** é irracional que uma entidade (pessoa) racional queira destruir-se. Seguindo esse argumento é a conclusão que pessoas que querem destruir-se não são racionais e assim não são competentes de tomar essa decisão.

Pode acontecer que pessoas mais vulneráveis (idosos, fisicamente debilitados, sofrendo de demência, ou simplesmente emocionalmente vulneráveis por causa da sua dor ou da sua dependência absoluta de outros) NÃO QUEIRAM MORRER mais cedo, mas sendo pressionados por familiares ou outros interessados peçam a eutanásia. Em outras palavras, não querem eutanásia mas se sentem obrigados pelos familiares ou outros.
- **Não-maleficência.** Desde o tempo do Hipócrates, foi argumentado que o médico/clínico não deve “fazer mal” aos seus pacientes, e que o pior “mal” que ele pode fazer é matá-los.

O desejo para a morte em pessoas saudáveis tal como pessoas sofrendo duma doença terminal é frequentemente associado com a depressão (uma condição psiquiátrica tratável com medicamentos e/ou psicoterapia), o estado emocionalmente vulnerável, ou emocionalmente magoado. Normalmente esse desejo para morrer passa quando a depressão for tratada ou quando o estado emocional passar.

- **Alternativas de cuidados Paliativos.** A obrigação do clínico é de abordar as necessidades reais dos seus pacientes terminais, mesmo que essas necessidades reais não forem exprimidas ou mesmo escondidas. Por exemplo, se o paciente expressa o desejo de morrer é possível que na realidade o problema principal sejam dores insuportáveis que podem ser tratadas com cuidados paliativos, ou um sentimento que a sua vida já não vale nada, que pode ser melhorada com um tratamento humano, respeito, ou visitas familiares.
- **Erro médico.** É bem conhecido que erros médicos acontecem, então é possível que o clínico ache que não há nada mais que ele possa fazer para tratar a doença, ou que não há mais nada que ele possa fazer para aliviar a dor, quando na verdade existem outras opções (que um outro clínico podia saber).
- **Imagem social do clínico:** a partir do momento em que o clínico começa a ser visto como facilitador da morte, um papel contrário ao habitual de um indivíduo que salva vidas, vai haver uma degradação da imagem social do clínico que afectará a credibilidade e legitimidade das suas decisões. A relação clínico-paciente será afectada pela consciência do paciente de que deposita a sua vida nas mãos de um indivíduo que pode pôr fim a sua vida.

O acto médico está baseado numa relação de confiança na qual o paciente deposita no clínico a confiança para os cuidados da sua saúde. Portanto é difícil conceber uma relação clínico-paciente que esteja mediada por um pacto de uma morte intencionada.

- **Possibilidade dum prognóstico inesperado.** Por outro lado a medicina não é uma ciência exacta. Todos sabemos de situações em que o curso de uma doença teve viragens absolutamente inesperados e surpreendentes: pensemos num caso em que o clínico chega à conclusão de que o doente é irrecuperável, de que a sua doença é absolutamente irreversível, e que o tempo de vida que resta ao paciente é mesmo curto; mas apesar desses vaticínios, o quadro da doença muda completamente: o doente adquire vitalidade e a vida prolonga-se por um período mais longo do que aquilo que era previsto pela medicina.

O prognóstico e o decurso de uma doença podem ser imprevisíveis, portanto, o clínico não pode tomar decisões que implicam o fim da vida de um paciente sobre o qual não pode ter a absoluta certeza do sentido em que vai evoluir a sua doença.

4.3. Riscos de Eutanásia

Do ponto de vista legal, é difícil conceber uma lei que regula a eutanásia e que ao mesmo tempo evita os abusos que possam resultar da sua prática estendida, mesmo que esta seja limitada aos casos dos pacientes que solicitam consciente e insistentemente que seja posta fim a sua vida e os sofrimentos associados.

Na realidade é difícil evitar o perigo que representa o trânsito de uma morte solicitada a uma morte não solicitada: o trânsito da eutanásia aplicada aos pacientes que a solicitam a uma eutanásia que pode ser imposta aos doentes inconscientes.

Nos países africanos com grandes epidemias de SIDA, pobreza, malnutrição etc., doenças que exigem elevados custos para o seu cuidado, a legalização da eutanásia poderia criar nestes países um contexto em que a eutanásia seja aplicada coactivamente aos doentes terminais e sem grandes possibilidades de recuperação.

Todas as doenças sempre originam muitos gastos económicos e desajustes na vida da família, ocasiona sofrimento no seio das pessoas que cuidam do paciente. Numa situação em que a opção da eutanásia é possível, poderá tornar-se fácil que o paciente desesperado e infeliz pelo sofrimento que causa nos familiares sintam-se forçados moralmente a solicitar que se ponha fim a sua vida.

As difíceis circunstâncias causadas pelas doenças ou experiências familiares desagradáveis podem causar nos indivíduos posições a favor da eutanásia. No entanto, os casos extremos não podem constituir base para a elaboração de leis que sejam socialmente justas. A citação do acto de matar intencionalmente a um paciente como solução para um problema abre as vias para outros problemas para os que matar seja a solução.

BLOCO 5: O QUE FAZER QUANDO UM PACIENTE PEDE APOIO PARA MORRER

5.1. Primeiro é importante lembrar os seguintes pontos:

- Conforme o código penal, a lei moçambicana:
 - *Não distingue entre eutanásia activa e homicídio. A Eutanásia é considerada como homicídio simples voluntário, crime punível com 16-20 anos de prisão.*
 - *Assistência clínica à morte não é distinguida de assistência ao suicídio. É considerado crime punível com prisão.*
- Um paciente competente tem direito de recusar o tratamento, mesmo que se recusando esse tratamento acelere a sua morte.
- Há certas ambiguidades legais na administração de cuidados paliativos que podem acelerar a morte.
- Para além das considerações legais há o facto de que quando um paciente exprime um desejo para morrer, isto pode, na realidade, ser uma indicação de outros problemas com outras soluções.

5.2. O que devemos fazer quando um paciente diz que quer morrer ou que quer apoio para morrer?

Esses pedidos nunca devem ser ignorados, desprezados, tratados duma maneira leve ligeiramente ou criticados. Em virtualmente todos os casos, a decisão do paciente de querer morrer foi uma decisão pesada. Sempre deve ser tratada com respeito, compaixão seriedade e paciência. O Clínico deve conversar com o paciente para investigar os motivos desse desejo para morrer.

A conversa com o paciente deve ter os seguintes objectivos:

- Confirmar se é isso mesmo que o paciente quer, isto é, quer mesmo morrer, ou se na realidade quer continuar a viver mas está a ser pressionado pelos familiares ou pelo sentimento de não querer ser um peso para a sua família.

Há um risco de o doente, perante o sofrimento que causa aos familiares que tomam conta dele, mesmo não querendo morrer se sinta obrigado a solicitar uma eutanásia sem esgotar todas as possibilidades de vida.
- Investigar a razão pelo desejo para morrer. O desejo de morrer pode ser uma indicação de outras necessidades com outras soluções. Por exemplo:
 - Depressão que pode ser tratada com medicamentos ou aconselhamento psicossocial;
 - Dores que podem ser controladas com melhores cuidados paliativos (analgésicos e ansiolíticos);

- Sofrimento emocional ou espiritual que pode ser abordado com membros da família com aconselhamento psicossocial ou religioso, fortalecimento de redes sociais (por exemplo pondo em contacto com grupos de auto-ajuda ou grupos religiosos, ou simplesmente com tratamento mais humano pelos funcionários de saúde que cuidam do paciente);
- Vulnerabilidade emocional transitória que passa com o tempo. Por exemplo, pacientes que querem morrer nos dias em que se sentem pior e não quando se sentem melhor.
- Um sentimento de perda de dignidade por ter ficado incapacitado e dependente (às vezes para as actividades mais básicas como banhar-se, usar a casa de banho, etc), que podem ser tratadas com maior atenção ou orientação de familiares ou outros cuidadores.
- Também nessa conversa devem discutir com o paciente as várias alternativas (tratamentos etc.) à morte acima listadas.
- A conversa deve ser repetida várias vezes para explorar as questões acima listadas e para confirmar se esse desejo para morrer persiste.
- Devem procurar saber se o paciente está recebendo os cuidados necessários e suficientes para o seu caso.
- Devem tomar medidas conforme as constatações da conversa listadas no item 2 e a revisão do processo clínico para confirmar se está a receber os tratamentos que precisa.
- Se for possível referir o paciente a um nível de atenção superior.
- Devem repetir a conversa (marcando uma consulta) para ver se o desejo persiste depois de as medidas serem tomadas.
- Se o pedido persiste, confirma-se:
 - O paciente é competente para tomar a decisão;
 - O paciente está a sofrer duma doença terminal, sem possibilidade de recuperação ou tratamento eficaz;
 - O paciente está a sofrer de dores crónicas e insuportáveis;
 - Se este for o caso devem consultar um colega (idealmente de nível superior).
- Finalmente deve explicar ao paciente as suas opções legais. Especificamente deve explicar:
 - Que eutanásia activa, mesmo por motivos de compaixão, é crime em Moçambique;
 - Que ajudar alguém a suicidar é também crime em Moçambique;
 - Mas que cada paciente tem direito de recusar tratamento, mesmo se essa decisão lhe iria acelerar a morte;
 - Que o paciente continua a ter direito a tratamento para dores (analgésico e ansiolítico) mesmo se recusar outros tratamentos.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1. A eutanásia é um procedimento clínico, que por razões de compaixão, o médico deixa morrer ou ajuda a morrer um paciente desgastado e sem possibilidades de cura, com o objectivo de evitar ou de por fim ao seu sofrimento. A eutanásia pode ser activa ou passiva (por omissão).
- 6.2. A eutanásia activa é considerada como homicídio e assistência clínica à morte considerada como assistência ao suicídio. Ambos são crimes puníveis por prisão maior.
- 6.3. Eutanásia passiva (por omissão) não é punível quando for solicitado pelo paciente porque é difícil distinguir do direito do paciente a recusar tratamento.
- 6.4. Quando um paciente disser que quer morrer ou pedir ajuda para terminar a sua própria vida é muito importante investigar a razão pelo desejo de morrer porque podem existir outros motivos, que têm outros tratamentos ou soluções como:
 - Depressão que pode ser tratada com medicamentos ou aconselhamento psicossocial;
 - Dores que podem ser controladas com melhores cuidados paliativos;
 - Sofrimento emocional ou espiritual que pode ser abrangido por aconselhamento e fortalecimento de redes sociais;
 - Vulnerabilidade emocional transitória que passa com o tempo;
 - Um sentimento de perda de dignidade que pode ser tratado com maior atenção ou orientação de familiares ou outros cuidadores.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	9
Tópico	Consentimento Informado	Tipo	Teórica
Conteúdos	Componentes e Processo de Obtenção do Consentimento Informado	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir o conceito de consentimento informado livre e esclarecido;
2. Analisar a argumentação para a prática do consentimento informado livre e esclarecido;
3. Identificar as situações em que é necessário o consentimento informado do paciente;
4. Descrever como proceder em casos em que o paciente não é capaz de dar um consentimento informado;
5. Utilizar a prática do consentimento informado livre e esclarecido, usando uma linguagem clara, após ter-se assegurado que o paciente é competente.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução ao Consentimento Informado		
3	Fases do Consentimento Informado		
4	Prática do Consentimento Informado no Contexto Ético		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografía (referencias usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Aspectos bioéticos en el concepto y la comprensión del consentimiento informado. V.M Idoate. Cuadernos de Bioética 1998/ 1, 9-11.
- Bueres, Alberto J., "Responsabilidad civil de los médicos", t. 1, p. 242, Ed. Hammurabi, 2ª ed. Corregida y ampliada, Buenos Aires, 1992.
- Cifuentes, Santos, "Derechos personalísimos", p. 320, Ed. Astrea, 1995.
- [Consentimiento Informado. R. De Lorenzo, et al. Asociación Española de Derecho Sanitario \(AEDS\)](#)
- El consentimiento informado: teoría y práctica (I). P.S. Lorda. Med. Clin. Vol 100, 17 (659-663). 1993
- El consentimiento informado: teoría y práctica (II). P.S. Lorda. Med. Clin. Vol 101, 5 (174- 182). 1993
- Especial para LA LEY, Buenos Aires. Argentina. Miércoles 28 de agosto 2002. Año LXVI Nº 165. Publicado con la expresa autorización del su Director Dr. Carlos J. Colombo.
- Fernandez Costeles, Javier, "El contrato de servicios médicos", p. 160, Ed. Civitas, Madrid 1988.
- *Fundamentos de Bioética*. Gracia D. Ed. Eudema, Madrid, 1989.
- Galan Cortés, Julio c., "El consentimiento informado...", obra cit., p. 170, Ed. Colex, Madrid, 1997.
- Galan Cortés, Julio C., "El Consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios", p. 162, Colex. Madrid. 1997.
- Gracia D. Fundamentos de Bioética. Editorial Eudema Universidad. Madrid, 1989.
- Gracia D. El qué y el por qué de la Bioética. Cuadernos del [Programa](#) Regional de Bioética Nº 1. Santiago de Chile, septiembre de 1995: 35-53
- Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. Sainz, A., Quintana, O. Rev. Calidad Assitencial 1994, 2 (68-71).
- Highton, Elena y Wierzba, Sandra M., "La relación médico-paciente; el consentimiento informado", p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.
- [Historia de la ética médica](#). D. Gracia. En Ética y Medicina. Espasa- Universidad. Coordinado por F. Vilardell.
- Información al paciente. J. Fdez. Sánchez. Curso de refresco en el Congreso Nacional de Radiología (Salamanca 1998).
- Jonsen A. El nacimiento de la Bioética. En: Pessini L. Y Barchifontaine C de P (Editores). Problemas actuales de Bioética 4ª [Edición](#). Ediciones Loyola. Sao Paulo, [Brasil](#), 1997: 16
- La relación médico- paciente. Fundamento de la ética médica. A. Albarracín. En Lecciones de Bioética. Academia de Alumnos internos de la Facultad de Medicina de Valladolid. Universidad de Valladolid. (93-103). 1987
- La problemática del Consentimiento Informado. MC Vidal Casero. Cuadernos de Bioética 1998/1,12-24.
- La aplicación del consentimiento informado en los Servicios de Radiodiagnóstico. M. García Urbón. Comunicación en el Congreso Nacional de Radiología (Salamanca 1998)
- La Relación Médico- Enfermo. Historia y Teoría. Pedro Lain Entralgo. Alianza Editorial. [Madrid](#) 1983.
- Legibilidad de los documentos de consentimiento informado en radiología vascular e intervencionista. I. Pinto, D. Vigil. Radiología 40:1 (9-12) 1998
- Ley General de Sanidad. B.O.E. Ley 14 / 1986 del 25 de abril.
- Llano A. Pasado, presente y futuro de la Bioética. [Conferencia](#) dictada en el III Encuentro de [Biotecnología](#) del [Ecuador](#) y I Curso Regional de Bioseguridad [Quito](#), Ecuador, junio 7-10 de 1999.
- [Manual](#) de bioética general. A. Polaino-Lorente. Ed. Rialp.
- Sánchez Caro, Javier, "El consentimiento informado ante el derecho: Una nueva cultura", ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Ed. Fundación Mapfre Medicina, España.
- Una perspectiva acerca de los fundamentos de la bioética. M. De Santiago. En Bioética aplicada en atención primaria (Du Pont- Pharma) (29-79). Simón P, Barrio Inés María. Un marco histórico para una nueva disciplina: la Bioética. Artículo especial. Medicina clínica. Vol. 105. Nº 15, 1995: 583-587
- Vazquez Ferreira, Roberto y Tallone, Federico, "Derecho Médico y Mala Praxis", p. 19, Ed. Juris, Rosario 2000.
- Vazque Ferreira, Roberto y Tallone, Federico, "Derecho Médico...", obra cit., p. 41, Ed. Juris, Rosario, 2000.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO AO CONSENTIMENTO INFORMADO

O consentimento informado salvaguarda a dignidade humana do paciente e constitui um passo fundamental em direcção a humanização da relação clínico-paciente. O consentimento informado na relação clínico-paciente, para além de ser um requisito ético também constitui um direito do paciente.

No modelo tradicional (vertical), discutia-se que o interesse do paciente não seria servido com a partilha de informação sobre as possibilidades de cuidados e tratamentos médicos, a abordagem era assegurar ao paciente que não tinha que se preocupar, por exemplo informar que “ são apenas alguns testes para ver o que se passa consigo”. Esta abordagem tem as suas limitações uma vez que cria uma relação clínico-paciente difícil de mudar em fase avançada quando a situação do paciente muda e mais ainda é uma negação ao princípio de honestidade. Uma partilha de informação desde o início de todas as etapas de cuidados tratamento cria uma relação de cooperação clínico-paciente, na qual o paciente encontra-se preparado para futuras discussões sobre opções terapêuticas se necessário.

2.1. Definição do Consentimento Informado:

- Consentimento informado consiste na troca de informação no âmbito da relação clínico-paciente através da qual o paciente recebe do clínico informação em linguagem compreensível que o capacita para participar de maneira voluntária, activa e consistente na tomada de decisões em relação ao diagnóstico e tratamento da sua doença.
- O consentimento informado é um processo gradual na relação clínico-paciente, na sequência da qual o paciente aceita ou não submeter-se a um procedimento diagnóstico ou terapêutico após o clínico ter-lhe facultado a informação necessária e suficiente sobre a natureza, os riscos e benefícios que implicam os mesmos, assim como as possíveis alternativas.
- *O consentimento informado é um direito moral do paciente que gera obrigações morais para os demais profissionais envolvidos na assistência clínica.*

BLOCO 3: FASES DO CONSENTIMENTO INFORMADO

3.1. O consentimento é um processo que consta de duas fases

Fase de Informação que consiste na troca de informações entre o clínico e o paciente. O clínico escuta o relato do paciente, e com base nesta informação, ele explica ao paciente os procedimentos que a partir desse momento deverão ser tomados.

Fase de consentimento que acontece uma vez que o paciente é esclarecido em relação aos procedimentos a serem tomados, o paciente manifesta a sua aceitação ou não para a realização dos mesmos.

3.2. Fase de informação

Todo o paciente tem o direito de receber toda a informação relevante em relação a sua doença ou condição clínica e sobre as opções terapêuticas disponíveis. A informação que será dada ao paciente irá variar consoante cada paciente em relação a:

- Natureza da situação (por exemplo, explicar a uma mulher seropositiva que necessita de fazer o teste de HIV a seu filho de 1 ano de idade porque a sintomatologia que apresenta é sugestiva de

infecção pelo HIV é diferente de ter que explicar a mesma mulher que o filho necessita de fazer um Rx do tórax porque tem sintomatologia sugestiva de pneumonia).

- Complexidade do tratamento (por exemplo, explicar ao paciente sobre o tratamento da malária que dura 3 dias é mais simples que explicar sobre o tratamento para um cancro com quimioterapia, que é mais complexo e pode durar toda a vida).
- Os riscos associados ao tratamento ou ao procedimento (por exemplo, explicar que o tratamento com quimioterapia vai causar a queda do cabelo).
- A aceitação do consentimento pelo paciente.

No fornecimento de informação ao paciente, existem certas condições relevantes a considerar:

- A avaliação da capacidade para entender e decidir que não tem dependência directa com a pessoa ou a idade, que muitas crianças e adolescentes podem participar activamente no processo do consentimento. Os idosos considerados muitas vezes como não capazes de tomar decisões, na maior parte das vezes este facto não foi comprovado
- A avaliação do que um paciente naquela situação clínica haveria de querer ouvir. O paciente para tomar uma decisão sobre as opções terapêuticas necessita no mínimo que lhe seja informado sobre: os benefícios do/s tratamento/s ou, os riscos, incluindo os efeitos colaterais, como vai fazer e quando vai iniciar o tratamento, onde adquirir os medicamentos, o que poderá acontecer se não fizer o tratamento.
- Voluntariedade: que consiste na capacidade que o paciente tem de tomar decisões sem ser constrangido ou até mesmo coagido (forçado) a decidir para uma das alternativas. Os pacientes muitas vezes se sentem com pouco poder e vulneráveis, o clínico deve deixar claro para o paciente que ele está a participar na tomada de decisão sobre a sua saúde.
- O conhecimento de um paciente particular pelo clínico é uma vantagem (orienta ao clínico na forma como dar a informação, que informação poderia ser alarmante para o paciente).

Nota: O objectivo é que o paciente seja capaz de fazer a sua própria escolha, segundo o seu desejo e suas aspirações e não as do clínico (princípio de autonomia). É aceitável que o paciente peça ao clínico a opinião do clínico, e é sabido que só o profissional treinado pode melhor entender as variabilidades e complexidades das várias opções terapêuticas e se por exemplo ele põe confiança num certo tratamento, ele vai apresentar ao paciente de uma forma que o paciente ache que aquela é a melhor opção, **mas a última decisão é do paciente**. Daí que ultimamente se sugira a substituição do termo consentimento informado por “escolha informada” para enfatizar o papel primário do paciente.

3.3. Fase do consentimento propriamente dito

Esta é a fase final de todo o processo, quando o paciente diz sim ou não para o procedimento e o tratamento que é recomendado pelo clínico. Pode ser feito de forma verbal ou escrita. Em todo o processo o clínico deve criar um ambiente de confiança e assegurar a confidencialidade.

Nota: O paciente pode mudar uma decisão tomada previamente em relação a um procedimento diagnóstico ou terapêutico, e o clínico deve respeitar a decisão do paciente. Em situações de recusa, não considerar a recusa como o fim da discussão.

BLOCO 4: PRÁTICA DE CONSENTIMENTO INFORMADO NO CONTEXTO ÉTICO

É geralmente aceite e legalmente amparado que nenhuma intervenção médica pode ser realizada em paciente capaz a menos que ele tenha dado seu consentimento livre e informado. Portanto, qualquer procedimento que o clínico execute no paciente para diagnóstico e tratamento necessita consentimento livre e informado (por exemplo em paciente capaz, você não pode colocar uma algália ou extrair amostra de sangue para uma certa análise sem antes obter o consentimento livre e informado do mesmo).

A justificativa ética de exigência de consentimento informado baseia-se em considerações importantes:

- A integridade corporal e a natureza problemática da invasão não desejada do corpo;
- O direito de ter suas decisões respeitadas (princípio de autonomia);
- Tomada de decisão sem respeitar os valores morais/religiosos, culturais e sociais do paciente.

4.1. Portanto, para que o consentimento seja eficaz:

O clínico depois de avaliar que o paciente é competente (pode perceber com perfeição toda a informação fornecida) deve ter em consideração três aspectos fundamentais:

- A característica da informação
- O conteúdo da informação
- A transmissão da informação

4.1.1. Característica da informação

- A informação deve ser correcta e corresponder a verdade. O clínico não deve nunca mentir para o doente (princípio da honestidade).

4.1.2. Conteúdo da informação

- A informação deve ser completa e adequada para o paciente. Portanto, o clínico deve fornecer toda a informação sobre a natureza, o propósito, o efeito esperado e esperados efeitos colaterais da intervenção (procedimento diagnóstico ou terapêutico). Por exemplo:
 - Um paciente com HIV que necessita de TARV, deve ser informado que o TARV é o tratamento recomendado para a sua doença, o tratamento é benéfico porque vai melhorar o seu estado de saúde e vai prolongar a vida, durante o tratamento terá a oportunidade de conhecer, partilhar e ter apoio psicológico e de outras pessoas com o mesmo problema, mas que corre alguns riscos tais como: ter problemas no fígado, na pele por causa do tratamento e se optar por não fazer, a doença vai-lhe levar à morte.
 - Um paciente que se apresenta à consulta com sintomatologia compatível com infecção por HIV o clínico necessita que ele faça o teste: o paciente precisa ser informado sobre a doença, a vantagem que ele tem ao fazer o teste (conhecer o seu seroestado e receber o tratamento se for positivo) e que o contrário aconteceria se ele não fizesse o teste. (Nota: Um paciente devidamente informado torna-se capaz de tomar decisões livres e autónomas sobre a sua saúde).

4.1.3. A transmissão da informação

- O clínico deve dispor de conhecimentos actualizados, transmitidos em uma linguagem clara e adaptada às necessidades e crenças do paciente. A informação deve ser compreendida pelo paciente, de acordo com a complexidade técnica dos termos usados.
- *Momento Adequado:* o paciente deve estar em condições psíquicas e físicas adequadas para entender a informação em virtude da qual deverá/poderá tomar decisões consistentes. O

paciente não deve estar sedado, nem inconsciente, assim como a informação não deve ser dada durante a execução do procedimento.

- *Lugar Adequado:* o lugar para a transmissão da informação e obtenção do consentimento deve garantir a intimidade e a privacidade do acto. Exemplo de lugar adequado: O gabinete médico, um compartimento para o paciente se existir, e se não existir, deve-se garantir a privacidade através de biombo e sem a presença de outros pacientes.
- *Pessoa Adequada:* a informação deve ser dada pelo clínico que tem responsabilidade terapêutica com o paciente, portanto o clínico que assiste o paciente ou leva a cabo um procedimento.
- *Tempo:* a informação deve ser dada nas situações em que é possível (exemplo aconselhamento pré teste para HIV na ATS, que é o gabinete de aconselhamento em saúde) com suficiente antecedência para permitir que o paciente assimile a informação e possa tomar uma decisão com clareza.

Nota: é sempre importante avaliar se a mensagem foi compreendida ou se há necessidade de reforço de alguma maneira através de perguntas de verificação. Na eventualidade em que o paciente não aceita dar o seu consentimento para a realização dos procedimentos que são recomendados e sobre os quais recebeu informação, isto pode significar que o paciente ainda não está preparado. Nestes casos o paciente deverá receber mais informação, e nunca ser pressionado a tomar uma decisão:

- O paciente deve estar apto a consentir.
- O consentimento deve ser fornecido de forma livre e sem coerção (forçado).

Situações em que poderá não ser aplicável a realização do consentimento informado, em que torna-se difícil ou impossível manter o diálogo entre o clínico e o paciente. São situações em que é aceitável a omissão do diálogo entre o clínico e o paciente:

- Quando existe uma urgência vital em virtude da qual devem ser levados a cabo procedimentos rápidos apesar destes serem decididos unilateralmente pelo clínico: perigo de vida do paciente, perigo de ocorrência de lesões irreversíveis, por exemplo, infartos, paciente com politraumatismo que necessita de cirurgia urgente, etc. Este procedimento apesar de ser eticamente pouco justificável, constitui a opção correcta a ser tomada pelo clínico. Quando a condição de urgência tiver passado o clínico deve informar e justificar ao paciente, sua família ou terceiro responsável por ele, todas as condições e procedimentos que a equipa realizou durante a assistência.
- Quando existe uma incapacidade do paciente e obriga que o consentimento informado seja realizado com os seus familiares ou representantes legais: paciente menor, paciente com problemas mentais, paciente inconsciente. Na ausência de familiares ou responsável pelo paciente, o clínico deverá proceder da melhor forma em benefício do paciente (princípio de beneficência).
- Quando existe um imperativo legal ou judicial (cuidados médicos a um paciente em cumprimento de pena judicial, que se recusa a colaborar com o clínico).

Actividade (20 min)

Discussão de casos

Divida os alunos em grupos de 6, para discussão e apresentação em plenária (3 grupos para o caso 1 e 3 para o caso 2)

Caso 1

Uma paciente de 64 anos de idade encontra-se internada nos seus serviços. Você observa a paciente de manhã e acha que muito cedo ela vai necessitar de sonda nasogástrica para a alimentação. Você dá toda a informação à paciente e ela concorda. Durante a noite na altura em que se pretende colocar a sonda nasogástrica, ela está desorientada e parece confusa em relação a colocação da sonda para a alimentação e não aceita. No dia seguinte já lúcida e sem se recordar do que se tinha passado no dia anterior aceita a sonda. O que você faria? Consideraria esta aceitação? Porquê?

Resposta: Consideraria, porque nos períodos lúcidos ela manifesta o seu desejo real. Mas tendo em conta que a sua capacidade de decisão é questionável poderia também recorrer à sua família ou alguém responsável.

Caso 2

Você assiste um paciente de 60 anos de idade com um tumor na próstata que necessita referir para a cirurgia. Você explica a razão, os riscos e os benefícios. Ele compreende toda a informação, mas recusa.

O que você faria?

Resposta: O paciente compreendeu a informação e está competente para tomar a decisão, portanto você deve respeitar a sua decisão. Entretanto deve procurar saber as razões da recusa, e considerar que a recusa do paciente não deve ser considerada o fim da discussão.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. O consentimento informado constitui um passo fundamental em direcção a humanização da relação clínico-paciente. O consentimento Informado na relação clínico-paciente, para além de ser um requisito ético também constitui um direito do paciente (princípio de autonomia).
- 5.2. O consentimento informado consiste na troca de informação no âmbito da relação clínico-paciente através da qual o paciente recebe do clínico informação em linguagem compreensível que o capacita para participar de maneira voluntária, activa e consistente na toma de decisões em relação ao diagnóstico e tratamento da sua doença.
- 5.3. O consentimento informado consiste em duas fases, nomeadamente a Fase de Informação e a Fase de Consentimento.
- 5.4. Todos os pacientes têm o direito de receber toda a informação relevante em relação à sua doença ou condição clínica e sobre as opções terapêuticas disponíveis. A informação é dada ao paciente consoante a natureza da situação do paciente, a complexidade do tratamento, os riscos associados ao tratamento ou o procedimento e os desejos do próprio paciente
- 5.5. Previamente ao consentimento informado deve ser avaliada a capacidade do paciente para entender e decidir; o que um paciente naquela situação clínica haveria de querer ouvir e a voluntariedade. Estar sempre ciente de que o objectivo é que o paciente seja capaz de fazer a sua própria escolha, segundo o seu desejo e suas aspirações e não as do clínico.
- 5.6. Na transmissão da informação assegurar que o conteúdo é completo e respeitar os requisitos necessários para uma boa transmissão de informação.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	10
Tópico	Consentimento Informado	Tipo	Teórica
Conteúdos	Componentes e Processo de Obtenção do Consentimento Informado (cont)	Duração	1h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever, debater e encontrar soluções aos dilemas profissionais na obtenção de consentimento informado.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Consentimento Informado por Escrito		
3	Dilemas Profissionais na Obtenção do Consentimento Informado		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografía (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Manual de bioética general. A. Polaino-Lorente. Ed. Rialp.
- Historia de la ética médica. D. Gracia. En Ética y Medicina. Espasa- Universidad. Coordinado por F. Vilardell.
- Consentimiento Informado. R. De Lorenzo, et al. Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)
- El consentimiento informado: teoría y práctica (I). P.S. Lorda. Med. Clin. Vol 100, 17 (659-663). 1993
- El consentimiento informado: teoría y práctica (II). P.S. Lorda. Med. Clin. Vol 101, 5 (174- 182). 1993
- Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. Sainz, A., Quintana, O. Rev. Calidad Asstencial 1994, 2 (68-71).
- Legibilidad de los documentos de consentimiento informado en radiología vascular e intervencionista. I. Pinto, D. Vigil. Radiología 40:1 (9-12) 1998
- La problemática del Consentimiento Informado. M.C. Vidal Casero. Cuadernos de Bioética 1998/ 1, 12-24.
- Aspectos bioéticos en el concepto y la comprensión del consentimiento informado. V.M Idoate. Cuadernos de Bioética 1998/ 1, 9-11.
- Información al paciente. J. Fdez. Sánchez. Curso de refresco en el Congreso Nacional de Radiología (Salamanca 1998).
- La aplicación del consentimiento informado en los Servicios de Radiodiagnóstico. M. García Urbón. Comunicación en el Congreso Nacional de Radiología (Salamanca 1998)
- Dilemas éticos en la práctica clínica. M.N. Martín Espíldora. Documentos SEMFYC nº7 (41-50)
- Gracia D. Fundamentos de Bioética. Editorial Eudema Universidad. Madrid, 1989.
- Gracia D. El qué y el por qué de la Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética Nº 1. Santiago de Chile, septiembre de 1995: 35-53
- Jonsen A. El nacimiento de la Bioética. En: Pessini L. Y Barchifontaine C de P (Editores). Problemas actuales de Bioética 4ª Edición. Ediciones Loyola. Sao Paulo, Brasil, 1997: 16
- Llano A. Pasado, presente y futuro de la Bioética. Conferencia dictada en el III Encuentro de Biotecnología del Ecuador y I Curso Regional de Bioseguridad Quito, Ecuador, junio 7-10 de 1999.
- Especial para LA LEY, Buenos Aires. Argentina. Miércoles 28 de agosto 2002. Año LXVI Nº 165. Publicado con la expresa autorización del su Director Dr. Carlos J. Colombo.
- Galan Cortés, Julio C., "El Consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios", p. 162, Colex. Madrid. 1997.
- Highton, Elena y Wierzbza, Sandra M., "La relación médico-paciente; el consentimiento informado", p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.
- Vazquez Ferreira, Roberto y Tallone, Federico, "Derecho Médico y Mala Praxis", p. 19, Ed. Juris, Rosario 2000.
- Sánchez Caro, Javier, "El consentimiento informado ante el derecho: Una nueva cultura", ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Ed. Fundación Mapfre Medicina, España.
- Bueres, Alberto J., "Responsabilidad civil de los médicos", t. 1, p. 242, Ed. Hammurabi, 2ª ed. Corregida y ampliada, Buenos Aires, 1992.
- Fernandez Costeles, Javier, "El contrato de servicios médicos", p. 160, Ed. Civitas, Madrid 1988.
- Galan Cortés, Julio c., "El consentimiento informado...", obra cit., p. 170, Ed. Colex, Madrid, 1997.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

O consentimento informado por escrito consiste no preenchimento de um formulário elaborado para o efeito, onde consta que o paciente recebeu informação suficiente e adequada sobre o tratamento ou procedimento médico e contém a autorização por escrito do paciente para a realização dos mesmos. Este documento pode também ser de grande utilidade na eventualidade de um processo jurídico-legal.

2.1. Conteúdo do Consentimento Informado Escrito

O consentimento informado escrito deve conter informação sobre os seguintes aspectos:

- Dados sobre o paciente e o clínico que o atende, e lhe faculta a informação necessária.
- Dados suficientes sobre a doença, o tratamento recomendado e que será levado a cabo.
- Informação clara, concreta e pormenorizada sobre os riscos que os procedimentos implicam.
- Desconforto que possa resultar do procedimento.
- Procedimentos alternativos para o tratamento da doença.
- Pormenores sobre o benefício esperado com a realização do procedimento, e as implicações de não fazer nenhuma intervenção.
- Comunicação ao paciente sobre a liberdade que tem de mudar de opinião em qualquer momento, e o direito de a sua nova posição ser respeitada.
- Declaração do paciente manifestando a sua satisfação com a informação oferecida, e aceitação para a realização dos procedimentos.

A quantidade da informação e a sua profundidade deve ser devidamente equilibrada: informação excessiva pode levar a não compreensão da mesma e consequentemente a não adesão ao procedimento ou ao tratamento médico. O clínico deve explicar ao paciente apenas os aspectos fundamentais, suficientes e necessários para a compreensão da sua situação e que lhe permitam participar no processo de tomada de decisões.

Manter o paciente informado todo o tempo e sobre todos os pormenores da sua doença e de forma exagerada pode gerar confusão no paciente, e consome desnecessariamente o tempo do clínico.

BLOCO 3: DILEMAS PROFISSIONAIS NA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Como foi mencionado na Aula 7, um dilema é um argumento formado por dois fundamentos contrários entre si. A escolha de uma das opções afecta de forma negativa a outra opção.

Na prática clínica, no processo de obtenção de consentimento informado, não são raras as vezes em que o profissional de saúde é confrontado com situações que põem em contradição os princípios de autonomia, beneficência/não maleficência.

Actividade: Chuva de ideias 20 minutos

Peça aos alunos para discutirem em grupos de 5 sobre situações de dilema na obtenção de consentimento informado.

Oriente a discussão em grupo e promova um debate em plenária.

Use o quadro ou o bloco gigante para registar as diferentes ideias.

Possíveis respostas: No consentimento informado, o dilema aconteceria em situações em que um paciente se recusaria a consentir acerca de um tratamento ou procedimento médico, após ter sido informado adequadamente sobre a necessidade do mesmo, suas vantagens e desvantagens. Exemplos:

Caso 1: Paciente apresentando toda a sintomatologia compatível com uma infecção por HIV que após toda a explicação dada pelo clínico sobre as vantagens, desvantagens do teste de HIV, recusa-se a fazer o teste. Fazer o teste iria permitir que o paciente se beneficiasse de cuidados e tratamentos (princípio de beneficência), mas respeitar o desejo do paciente (princípio de autonomia) iria contra o princípio de beneficência. Este raciocínio seria válido para os dois casos abaixo apresentados:

Caso 2: Paciente que se recusa a fazer uma transfusão de sangue por anemia grave, porque a transfusão de sangue não é permitida na sua religião.

Caso 3: Uma mãe que recusa o TARV, porque não acredita que o seu filho esteja infectado.

Qual seria a melhor estratégia para resolver um dilema?

Não existe uma maneira bem definida para a solução de um dilema. Diferentes estratégias e maneiras são aplicadas para a solução de um dilema e os passos abaixo descritos mostraram-se úteis na definição das obrigações do clínico:

- Maximizar o bem-estar do paciente.
- Equilibrar as necessidades do paciente para a autonomia e em caso de paciente menor a responsabilidade de seus pais sobre o seu bem-estar.
- Apoiar cada membro da família e reforçar o sistema de apoio familiar.
- Executar as políticas hospitalares.
- Proteger o bem-estar de outros pacientes.
- Proteger os seus próprios padrões sobre a prestação de cuidados de saúde.

Após respeitar os passos acima descritos o clínico necessita adicionalmente de:

- Colher toda a informação possível acerca do paciente e de outras pessoas significativamente envolvidas na situação em causa.
- Descrever as possíveis consequências da opção considerada para o paciente e outras pessoas significativamente envolvidas.
- Considerar quem tomaria a última decisão.
- Solicitar apoio de colegas melhor preparados em solução de problemas de natureza ética.

Mesmo depois de seguidos todos os passos acima indicados as soluções podem não ser evidentes perante um conflito ético. O compromisso assumido pelo clínico no seguimento de padrões éticos é

essencial na prática clínica assim como é igualmente essencial o compromisso que o clínico assume no respeito pelos direitos e dignidade do paciente.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1.** No consentimento informado, o dilema acontece em situações em que um paciente se recusa a consentir acerca de um tratamento ou procedimento médico, após ser informado adequadamente sobre a necessidade do mesmo.
- 4.2.** Não existe uma maneira bem definida para a solução do dilema. Diferentes estratégias e maneiras são aplicadas para a solução de um dilema.
- 4.3.** O compromisso assumido pelo clínico no seguimento de padrões éticos é essencial na prática clínica mas também é essencial o compromisso do clínico no respeito dos direitos e dignidade do paciente.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	11
Tópico	Ética na Disseminação de Dados de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Disseminação de Dados	Duração	1 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar as normas éticas que regem a disseminação de dados relativos a seres humanos, seguindo os princípios da bioética.
2. Descrever as razões pelas quais a disseminação de dados pode ser problemática.
3. Reconhecer, numa disseminação de dados, a aplicação dos princípios da bioética com o respeito da pessoa e seu ambiente.
4. Identificar como prevenir a disseminação de dados.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Confidencialidade e Privacidade dos dados de Saúde		
3	Protocolos e Segurança na Recolha e Disseminação de Dados		
4	Revelação Ética de Dados de Saúde		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografía (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Abarca Cidon, J: “¿Cómo un médico debe redactar documentos de consentimiento informado y una Historia Clínica de calidad asistencial y judicialmente útil?”, Ponencia presentada al VI Encuentro sobre Responsabilidad Sanitaria (Médica ‘2003), Madrid, 21 y 22 de mayo de 2003, 12 páginas.
- Abel Fabre, F.: “¿Cómo debe actuar el médico para proteger los derechos de menores y adolescentes?”, Ponencia presentada al VI Encuentro sobre Responsabilidad Sanitaria (Médica ‘2003), Madrid, 21 y 22 de mayo de 2003, 15 páginas.
- Abel LLuch, X.: “El derecho de información sanitaria”, en *La Ley*, núm. 5698, de 16 de enero de 2003, págs. 1 a 6.
- Alonso Herreros, D.: “Una aproximación al documento de voluntades anticipadas. Análisis de la Ley holandesa sobre la eutanasia”, en *La Ley*, núm. 5685, de 27 de diciembre de 2002, págs. 1 a 8.
- Casado Martínez, J.L.: “La Historia Clínica y la Ley Básica de Autonomía del Paciente”, Ponencia presentada al VI Encuentro sobre Responsabilidad Sanitaria (Médica ‘2003), Madrid, 21 y 22 de mayo de 2003, 7 páginas.
- Cervilla Garzón, M.D.: “Comentario a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica”, en *Actualidad Civil*, núm. 12, marzo 2003.
- DE Miguel Sanchez, N.: “Intimidad e historia clínica en la nueva Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica”, en *Revista Española de Derecho Administrativo*, núm. 117, enero/marzo 2003, págs. 9 a 31.
- Lorenzo y Montero, R.: *Manual Práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para psiquiatras*, Sanidad Ediciones, Madrid, 2003.
- Lorenzo y Montero, R.: “El derecho a la información epidemiológica y el SARS”, en *Revista Médica*, Junio 2003, pág. 66.
- Lorenzo y Montero, R.: “El consentimiento informado”, en *Revista Clínica Española*, núm. 203 (Extraordinario 2), 2003, págs. 10 a 20.
- Lorenzo y Montero R.: “El proceso evolutivo de paciente a usuario”, en *Revista Médica*, febrero 2003, págs. 18 y 19.
- Lorenzo y Montero R.: “Testamento vital versus instrucciones previas o voluntades anticipadas”, en *Revista Médica*, núm. 18, julio 2002, págs. 22 y 23.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE DOS DADOS DE SAÚDE

A confidencialidade e privacidade são alguns dos principais pilares da bioética. A quebra dos mesmos acarreta grandes consequências tanto para o paciente como para o clínico. Porém, em dadas circunstâncias, torna-se obrigatório que o clínico dissemine os dados de saúde, a favor da beneficência da população geral. Como por exemplo, no caso de doenças de notificação obrigatória.

Estes conflitos bioéticos entre a confidencialidade e a beneficência da população estão cada vez mais comuns com o surgimento de novas tecnologias que tornaram o armazenamento, o processamento e a transmissão de grandes quantidades de dados mais rápido e disponível para todos, como por exemplo, as estatísticas sobre a prevalência de HIV numa determinada comunidade ou a associação de doenças diarreicas a má higiene pessoal e comunitária.

Do ponto de vista de saúde pública e planificação de serviços de saúde a *disseminação de dados de saúde é positiva* porque:

- Torna-se possível recolher e analisar os dados estatísticos de doenças e estabelecer medidas de resolução dos problemas identificados;
- Põe a disposição da comunidade a situação real acerca de determinadas patologias;
- Pode-se analisar e avaliar a qualidade de serviços de saúde numa comunidade de maneira indirecta;
- A facilidade na recolha, armazenamento, análise e interpretação de dados permite realizar mais facilmente actividades de monitorização e avaliação de rotinas dos programas;
- Identifica fraquezas e introduz melhorias de forma rápida em benefício dos utentes.

Mas, paralelamente a estas vantagens podem surgir alguns problemas em relação ao sentimento dos doentes a essa exposição massiva. *Os problemas* podem ser:

- Sentimento de quebra de privacidade;
- Sentimento de falta de confidencialidade da informação que os utentes dão ao seu clínico, que pode resultar numa diminuição da procura de serviços de saúde necessários, que depois não só irá se reflectir na saúde individual mas também na saúde pública (por ex: se um doente com uma ITS não for ao hospital por sentir que haverá falta de confidencialidade, será um foco de infecção);

Legalmente a **privacidade** é definida como um direito que o utente tem de ter a sua informação pessoal secreta. Estas leis determinam quem deve ter acesso aos dados, quem pode processá-los e a quem se destina a informação no caso de ter que ser disseminada.

Já a **confidencialidade** está relacionada ao direito que os pacientes têm de manter a informação sobre a sua saúde protegida. A confidencialidade ajuda a evitar revelações não autorizadas a terceiros pessoas que podem fazer um uso inapropriado.

A disseminação de informação deve ser feita de forma a minimizar os riscos ou a quebra de privacidade do paciente e maximizar o bem-estar da população. Para que isso seja possível, existem ferramentas

ou passos a seguir aquando do manejo de dados de saúde, que permitem que o profissional de saúde não viole os princípios bioéticos do paciente. São elas:

- Protocolos de recolha e disseminação de dados;
- Segurança de dados de saúde;
- Conhecimento das condições em que o uso de dados é permitido.

BLOCO 3: PROTOCOLOS E SEGURANÇA NA RECOLHA E DISSEMINAÇÃO DE DADOS

3.1. Protocolos de Recolha e Disseminação de Dados

A necessidade de garantir a segurança, a privacidade e a confidencialidade dos dados levanta a urgência de definição de protocolos que regulam o processo de recolha de dados. Esses protocolos devem incluir:

- Informação sobre o tipo de dados a colher;
- Periodicidade com que serão colhidos;
- Formato usado para a recolha dos dados (entrevistas, consultas médicas, etc);
- A finalidade (objectivo) dos dados colhidos.

Em algumas situações, o cumprimento da confidencialidade é garantido através do consentimento informado que pode ser por escrito ou verbal do paciente antes dos dados serem recolhidos e usados na monitorização de programas.

Portanto, a definição de políticas sobre a confidencialidade deve ser precedida de discussões sobre os aspectos legais e éticos.

3.2. Segurança dos Dados de Saúde Colhidos e Disseminados

Existem duas dimensões envolvidas no conceito de segurança dos dados.

Por um lado temos a segurança física dos dados: independentemente da sua forma de colheita e conservação (manual/através de papel ou electrónica) é importante garantir que os livros de registos, os formulários e os ficheiros, as bases de dados e os sistemas informáticos sejam protegidos contra danos físicos.

Os dados e os requerimentos são organizados através dos diferentes níveis de uso para garantir melhor segurança e armazenamento. Eles são organizados a nível de:

- Unidade sanitárias;
- Direcções províncias de saúde;
- Central do ministério da saúde.

Outra dimensão sobre a segurança dos dados está relacionada com o seu uso:

- Garantir que os dados recolhidos sejam usados;
- Garantir o carácter anónimo do processo de recolha de dados. Este aspecto é particularmente importante quando se fala de dados em massa, por exemplo, quando se quer fazer um estudo numa US, comunidade;
- Não deixar os resultados ou dados colhidos em lugar não seguro (por exemplo, em cima da sua mesa);
- Não levar os dados para casa, sobre o risco de perdê-los ou de outras pessoas lerem;

- Não discuta os dados ou resultados com pessoas que não estejam envolvidas nas pesquisas;
- Manter os dados fechados num armário apropriado e de preferência com chave. Trata-se de informação que envolve a saúde das pessoas e isso é sensível;
- Garantir a qualidade dos mesmos (que a informação não contenha erros graves que impedem o seu uso);
- Garantir que a informação não será, de maneira inadvertida, usada indevidamente por pessoas e em situações não autorizadas.

BLOCO 4: REVELAÇÃO ÉTICA DE DADOS DE SAÚDE

Diversas situações podem demandar a revelação dos dados dos pacientes sem previa autorização dos doentes, em outras situações, a revelação poderá ser com prévia informação ao paciente e em outros casos, a revelação deverá necessariamente ser feita com prévio consentimento informado do doente.

Como sabemos, a maioria das situações relacionadas com a confidencialidade foi tratada na aula sobre o Consentimento Informado.

No geral, o uso e a revelação de dados dos pacientes podem ser feitos sem a necessidade do consentimento do doente entre outras, nas seguintes situações:

Para fins de tratamento do próprio do doente:

- Os dados podem ser revelados aos familiares ou acompanhantes aquando de uma tomada de decisão em que o paciente não possa participar (menores de idade, doentes mentais, paciente em coma);
- Os dados podem igualmente ser usados como estudo de caso em conferências, simpósios, etc;
- Os dados podem ser usados para fins administrativos: se o paciente recebe cuidados numa unidade sanitárias privada, para efeitos de pagamento, ou de tramitação junto da companhia de seguros ou do instituto nacional de segurança social, etc;
- Quando existem obstáculos na comunicação: a informação ou dados sobre o doente podem ser revelados nos casos em que o clínico pretende estabelecer comunicação com o doente, mas que há um obstáculo por dificuldades na compreensão da língua, os dados podem ser revelados a um intérprete que pode ser um profissional da unidade sanitária ou um familiar do doente;
- Para fins de pesquisa: os dados do doente poderão ser usados para fins de investigação quando o estudo tiver sido aprovado pelo comité de bioética e que assegure a existência de um protocolo de confidencialidade da informação;
- Protecção: para evitar uma ameaça séria ou iminente a saúde e a segurança pública ou da saúde pública. Nesses casos os dados do doente poderão ser fornecidos a alguém com autoridade de contribuir na prevenção do dano;
- Doações: se o paciente for doador de órgãos ou de sangue, os dados dos pacientes poderão ser revelados a instituições vinculadas na obtenção de órgãos ou colheita de sangue.

Em actividades de saúde pública:

- Informação às autoridades de saúde pública para o propósito de prevenção ou controlo de doenças, lesões ou incapacidades;
- Informação dos eventos vitais: registo de nascimento ou de morte;
- Na realização de investigações ou vigilância epidemiológicas (vigilância de saúde pública);

- Denúncia de abusos e negligências a crianças;
- Informação às agências competentes no caso de haver necessidade de reportar a presença de medicamentos com certas irregularidades. Neste caso os medicamentos devem ser retirados da circulação e os consumidores devem ser avisados dos problemas e advertidos para não tomá-los;
- Se houver suspeita de que o paciente esteve exposto a uma doença e tem o risco de a contrair ou de a transmitir a outra pessoa;
- Informação às autoridades do governo se houver suspeita de que o paciente foi vítima de abusos, de negligência ou de violência doméstica. Isso será feito unicamente se o paciente consente ou se existe obrigação legal para o fazer.

Em actividades de supervisão de saúde:

- Poder-se-á revelar a informação a uma agência de supervisão do ministério da saúde ou DPS ou outras entidades autorizadas para observar o desenvolvimento das actividades no sector da saúde.

Revelação perante procedimentos legais:

- Os dados do doente poderão ser revelados perante uma corte penal ou uma agência administrativa que ordena que se faça.
- Aos examinadores médicos ou aos serviços funerários. Aos examinadores médicos que têm a missão de identificar mortes e em determinadas circunstâncias, determinar a causa da morte (medicina legal).

Perante actividades da Polícia:

- Os dados do doente podem ser fornecidos a polícia para apoiar em matérias de lei como quando a informação pode ajudar a identificar um suspeito, fugitivo ou uma testemunha de uma pessoa desaparecida; ou quando se informa sobre uma morte que poderia ser resultado de um crime; ou quando a unidade sanitária informa sobre actividades criminais.

Por razões de segurança nacional:

- Aos serviços de protecção do presidente e outros. Os dados dos pacientes poderão ser revelados a oficiais de segurança do estado autorizados;
- Aos fiscais ou ministro de negócios estrangeiros para dar cursos a investigações especiais.

Reclusos:

- Se o paciente é um recluso e está sob custódia policial, as autoridades da unidade sanitárias podem revelar informação do doente às autoridades da prisão.

Compensação ao trabalhador:

- A unidade sanitária pode revelar informação para permitir o cumprimento dos direitos do trabalhador (lesões na sequência de acidentes laborais, etc.).

Situações em que o Doente tem o Direito de se Opor a Revelação de Dados que não Necessitem de Consentimento:

Os dados podem ser usados sem necessidade de consentimento informado, mas o paciente tem o direito de objectar nas seguintes situações:

- Quando se quer revelar os dados de saúde aos demais membros da equipa de cuidados, e familiares do doente. Deve ter-se em consideração os aspectos gerais do estado do doente e respeitar o direito/desejo do doente.
- Nas emergências: os dados podem ser usados em situações de emergências para permitir o tratamento do doente. A informação pode ser facultada aos paramédicos nas situações em que há necessidade de evacuação. Deve procurar-se obter o consentimento informado do doente imediatamente após os cuidados urgentes, quando a situação for considerada como razoável e permitida.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** A disseminação dos dados de saúde é bastante importante a nível de saúde pública, segurança social e por vezes é o que está por de trás da salvação da vida do paciente.
- 5.2.** Embora a disseminação de dados de saúde seja obviamente útil em saúde pública, ela pode ir contra princípios bioéticos como a confidencialidade e a privacidade do doente ou de uma comunidade.
- 5.3.** Para que a disseminação de dados de saúde seja eticamente aceite, deve-se seguir algumas normas ou ferramentas que são: criação de protocolos, garantir a segurança no manejo, e uso adequado do consentimento informado.
- 5.4.** Durante o manejo dos dados de saúde deve-se priorizar a sua segurança para que os mesmos não sejam disseminados de maneira ilícita.
- 5.5.** Existem dados que podem ser revelados sem o consentimento dos doentes, outros que precisam de consentimento.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	12
Tópico	A Dor e os Casos Terminais	Tipo	Teórica
Conteúdos	Cuidados Paliativos	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever dor e interpretá-la na sua dimensão sociocultural;
2. Definir o que é um doente em estado terminal;
3. Definir cuidados paliativos;
4. Identificar o apoio necessário ao paciente e sua família em casos terminais;
5. Desenvolver estratégias para comunicação e apoio em casos terminais;
6. Interpretar os códigos de cuidados paliativos de aliviar, assistir, evitar o ressentimento e acompanhar o moribundo.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Cuidados Paliativos		
3	Paciente em Estado Terminal		
4	Dor Sobre uma Perspectiva Sociocultural		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>
- Alastair C, Grant G, Gareth J. Ética médica (Medical ethics). 4º Edição. Oxford.
- Stoudemire A. Comportamento humano: uma introdução para os alunos de medicina (HUMAN BEHAVIOR.an introduction for medical students). 2º Edição. Lippincott-Raven

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CUIDADOS PALIATIVOS

2.1. Definição

Segundo a OMS, 2002, **cuidados paliativos** são definidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam os problemas associados com doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação perfeita e tratamento da dor e outros problemas, incluindo físico, psicossocial e espiritual.

Quando se fala de cuidados paliativos, não se trata de cuidados para apressar ou adiar a morte. Pelo contrário, os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal.

Para os pacientes, os cuidados paliativos oferecem um sistema de apoio para que eles possam viver tão activamente quanto possível até a morte. E para os familiares, oferece um sistema de apoio para ajudá-los a lidar com a doença do paciente e seu próprio luto.

2.2. Objectivos dos Cuidados Paliativos

Os objectivos dos cuidados paliativos são:

- Proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes, a fim de proporcionar conforto e melhorar a qualidade de vida. Alcança-se este objectivo usando os medicamentos de controlo de dor (ver adiante);
- Integrar os aspectos psicológicos, espirituais e sociais de assistência ao paciente;
- Oferecer sistemas de apoio social e bem-estar melhorando a qualidade de vida, e pode também influenciar positivamente o curso da doença; como por exemplo, permitir mais visitas dos amigos e familiares para aquele doente específico, manter o ambiente limpo e conversar com o doente;
- Uso duma abordagem de equipa para atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, como por exemplo falar com a equipa envolvida no caso acerca das oscilações emocionais que o doente está a enfrentar;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão activamente quanto possível, como por exemplo, distribuir livros, incentivar que o doente converse com outros doentes, etc;
- Afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal.

BLOCO 3: PACIENTE EM ESTADO TERMINAL

3.1. Paciente Terminal

O **paciente terminal** é todo aquele que está em fase terminal de uma doença, onde o prognóstico passa a ser o óbito, independentemente da terapêutica utilizada, sendo esta, neste momento mais paliativa e não tendo a expectativa de cura.

Estar atento ao processo da doença e do adoecer em toda sua complexidade exige muito mais do que um aprendizado académico, exige um dever ético e humano de todos aqueles que um dia cuidam daqueles que carecem de assistência.

Para se falar em paciente terminal tem que se ter em conta:

- Os efeitos psicológicos, sociais e físicos da hospitalização para o paciente e familiares;
- Os efeitos directos da patologia no doente e na família; como por exemplo o tempo que o familiar perde a cuidar do doente terminal quando já não pode cuidar de si próprio.

Quando se tem um paciente terminal é de fundamental importância que toda a equipe de serviço esteja bastante familiarizada com as oscilações emocionais pelos quais ele passa, lembrando que se podem intercalar e repetir durante todo o processo da doença. Estas oscilações de emoções não surgem com uma sequência lógica, podendo inclusive surgir várias manifestações em simultâneo. São eles:

- **A negação:** mais frequente no início da doença. Ocorre quando o paciente nega a sua doença e a gravidade do seu estado. Recusa-se a falar da doença e tende ao isolamento. O clínico não deve forçar o doente a aceitar a doença. Lentamente, ele deverá introduzir conceitos gerais acerca de várias doenças e depois especificar.
- **A raiva (revolta):** frequentemente ocorre quando o paciente percebe a gravidade e natureza da doença. O paciente se pergunta sobre a razão de ser ele a pessoa afectada. "Porquê eu?", "Porquê comigo?" Durante este estágio faz exigências, reclama, critica o seu atendimento e solicita atenção contínua. Se for respeitado e compreendido, logo cessarão suas exigências, pois será assistido sem necessidade de explosões temperamentais. Ressalta-se a importância de tolerar a raiva, racional ou não, do paciente. É dever do TMG ouvi-lo e até às vezes, suportar alguma raiva irracional, sabendo que o alívio proveniente do facto de tê-la externado contribuirá para melhor aceitar as horas finais.
- **A depressão:** aparece quando o paciente não pode mais negar sua doença, quando é forçado a submeter-se a mais uma cirurgia ou hospitalização, quando começa a apresentar novos sintomas e tornar-se mais debilitado e mais magro, não pode mais esconder a doença. Seu alheamento ou resignação, sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda ou tristeza.
- **A aceitação:** surge quando já não sente depressão e nem raiva. É o momento em que encontra paz e aceita o que está a acontecer. Os momentos de silêncio são maiores e seus interesses diminuem. Neste momento é a família que mais precisa de ajuda.
- **A esperança:** esperança é uma crença emocional criada pela possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da vida pessoal, isto é, acreditar que algo é possível mesmo quando há indicações do contrário. O risco deste estado de animação é que será procedido por um estado de depressão extrema quando o doente se apercebe que está a cultivar falsas esperanças. O papel do clínico é de mais uma vez explicar a natureza e a evolução da doença, sem necessariamente falar do doente em questão.

Quando o clínico está familiarizado com estas oscilações emocionais típicas do doente terminal, ele irá lidar melhor com ele. Lidará melhor com os sentimentos e emoções que afloram, e respeitará cada momento vivido pelo paciente, sem julgá-lo e sem impor perspectivas.

O clínico responsável pelo doente terminal deve:

- Prestar apoio psicológico; este apoio consiste em o TMG se dispor em ouvir as queixas e dúvidas do doente com empatia. E se for o caso, pedir interconsulta com o psicólogo;
- Capacitar a família para prestar assistência, incluindo o reconhecimento de morte iminente; Deve-se dar uma explicação objectiva e clara à família acerca da doença. Por exemplo, pode-se treinar um membro da família voluntário para reconhecer os sinais vitais;
- Prepará-lo para a morte, incentivando a comunicação dentro da família, a discussão de questões preocupantes, como por exemplo a guarda dos filhos;

- Garantir a presença regular de outras pessoas significativas para o doente (ex: vizinhos que sejam importantes para ele);
- Questionar se o doente não anseia pela presença de mais alguém;
- Prestar cuidados e conforto, por exemplo segurando a mão, manter o paciente limpo e seco;
- Verificar se a dor está controlada;
- Aumentar a frequência de visitas médicas e de familiares;
- Procurar a família o mais rapidamente possível após que a morte tenha ocorrido.

3.2. Papel da família em casos terminais

Família define-se como sendo um grupo de indivíduos que estão relacionados um com o outro por laços biológicos (ex: pais e filhos), emocionais (amigos) ou legais (casamento).

É importante lembrar que todas as pessoas ligadas ao doente (colegas, vizinhos, amigos) têm um papel crucial nos últimos momentos de vida deste doente.

Para o clínico são de maior interesse os indivíduos que vivem com o paciente ou aqueles cujo laços emocionais são muito fortes.

Distingue-se 3 fases clínicas da doença em que o papel da família é crucial:

1. **Fase de crise:** nesta fase a família sabe que algo está errado com o seu familiar e tentam reunir forças para apoiá-lo. Nesta fase a família sente-se intensamente envolvida, mas por vezes o doente é que não quer a sua ajuda. É importante incentivar a família a participar de todos os processos nesta fase. Ajudará o doente a superar a negação.
2. **Fase crónica:** é uma fase estática, com alguns episódios de agudização da doença e remissões, dependendo da natureza da doença. Nesta fase a família deve aceitar a mudança na sua rotina e integrar o parente com doença crónica com a sua nova rotina de vida. Nesta fase, a família tenta viver de maneira normal, uma situação anormal. O TMG deve esclarecer a família acerca das expectativas e motivá-los a ajudar o familiar doente a aceitar as mudanças na sua vida.
3. **Fase terminal:** nesta fase a família está ciente que o resultado final da patologia do familiar é a morte. A família desempenha um papel crucial nesta fase, mas somente se eles aceitarem o prognóstico. Quando a família aceita a eminente morte do familiar, torna-se mais fácil que eles dêem o apoio ao doente.

3.3. Estratégias de comunicação e apoio em casos de doente terminal

- Ser empático: dar ao paciente e familiares a perceber que entende a situação do doente, sente muito por isso.
p.ex: " eu sei como é complicado ter uma doença crónica, e imagino que venha afectar-lhe muito, por isso estou disposto a ajudar, em todos aspectos".
- Ser paciente com o doente: significa ouvi-lo quando ele quiser falar, ser compreensivo quando ele reclamar de algo irrazoável, etc.
- Prestar atenção: envolve "estar com" a outra pessoa. Está relacionado com comportamentos não-verbais durante a conversa.
p.ex: olhar para as pessoas quando estiver a falar; abanar a cabeça, vocalizar etc, quando alguém estiver a explicar algo.
- Escuta activa (ouvir sensível): aceitar as ideias do interlocutor e fazer percebê-lo que está a ser ouvido.

p.ex : eu estou a entender o que me diz acerca da dor que tem no local onde está o cateter.

- Verbalizar sensível: a função da verbalização é de clarificar se o que percebemos é realmente o que a pessoa explicou.

p.ex: “então, o senhor quer saber o que pode acontecer se paramos agora os medicamentos todos? Ou gostaria de tomar menos medicamentos?”.

- Respeito: como já foi explicado antes, as oscilações emocionais nos doentes terminais são muito comuns, e por vezes impicantes. É importante que o TMG assuma uma posição de respeito perante o seu sofrimento e dos familiares que também podem sofrer de emoções semelhantes.

BLOCO 4: DOR SOBRE UMA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com danos reais ou assim percebida como dano. A incapacidade de comunicar verbalmente não exclui a possibilidade de que um indivíduo esteja a experimentar dor e a necessitar de tratamento para alívio da mesma.

Quando se fala em dor, a tendência é associá-la a um fenómeno neuropsicológico. Admite-se, cada vez mais, que existam “componentes” psíquicos e sociais, na forma como se sente e se vivencia a dor.

A dor, como o amor, remete a uma experiência radicalmente subjectiva. Cada indivíduo aprende o uso da palavra “dor” através de experiências relacionadas com traumatismos no início da sua vida.

A dor é uma manifestação clara da relação entre o indivíduo e a sociedade. As formas de sentir e de expressar a dor são regidas por códigos culturais e a própria dor, como facto humano, constitui-se a partir dos significados conferidos pela colectividade. Embora singular para quem a sente, a dor se insere num universo de referências simbólicas.

Por exemplo, as mulheres macondes fecham as suas bocas com um escudo quando estão zangadas ou em luto, enquanto as mulheres changanas choram copiosamente e falam dos seus problemas.

Não apenas o sentimento, mas também a *expressão da dor* rege-se por códigos culturais, constituídos pela colectividade, que sanciona as formas de manifestação dos sentimentos. Em culturas estóicas, onde se valoriza o auto controlo, por exemplo, a dor será vivenciada e suportada distintamente de outras culturas sem estes valores.

Em resumo, a dor pode ser distinguida num fórum:

- Físico. Ex: febre, infecções, trauma físico;
- Social. Ex: falta de necessidades básicas como água potável, abrigo;
- Espiritual. Ex: medo da fúria divina;
- Psicológica. Ex: medo, frustração, solidão, estigma e discriminação.

4.1. A dor do doente terminal

A dor é um dos sintomas mais comuns enfrentados durante os cuidados paliativos. É importante tratar a dor quando um paciente diz que dói. Admitir que o paciente tem dor é importante.

Por vezes pode parecer que algo pode ou não pode ferir, é importante manter-se sem preconceitos e levar a dor a sério. Deve-se admitir que o que dói numa pessoa, pode não doer em outra, e assumir que a fragilidade emocional do doente remete-o a sentir mais dor que uma pessoa emocionalmente estável. Não negligenciar as queixas do doente.

É importante determinar o local da dor e o seu grau de severidade.

A dor física é apenas um pequeno elemento de dor total, é importante a presença e acompanhamento psicológico no controlo de dor:

- Explique ao doente as 3 bases da dor:
 - Física: estimulação de neurosensores;
 - Social: a maneira como a dor é percebida no meio sociocultural de onde o doente veio;
 - Espiritual: crenças que o doente tem acerca do que lhe causa a dor.
- Explique ao doente que as drogas aliviam a dor, mas a medida que a doença evolui, estas vão perdendo o seu efeito;
- Explique que é importante para o doente encarar a dor como parte da doença;
- Ofereça ao doente actividades de distração.

O controlo médico da dor em adultos deve ser feito com o esquema de “controlo de dor”:

1º) Analgésicos não-opioides;

2º) Opioides leve;

3º) Opioides forte.

A dor crónica deve ser tratada numa base regular. É aconselhável começar com uma analgesia leve e gradualmente ir aumentando até aos fortes.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** Cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam os problemas associados com doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação perfeita e tratamento da dor e outros problemas, incluindo físico, psicossocial e espiritual.
- 5.2.** O paciente terminal é todo aquele que está em fase terminal de doença, onde o prognóstico é a morte, independentemente do tratamento. Estes doentes sofrem de várias oscilações de emoções e o TMG deve estar preparado para ampará-lo.
- 5.3.** A comunicação com o doente terminal e a sua família deve ser empática, ter uma escuta activa, prestar atenção, verbalizar sensível, e respeitar a condição do doente.
- 5.4.** As várias oscilações emocionais do paciente com as quais o TMG deve estar familiarizado são: negação, depressão, esperança, raiva, aceitação.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional II	Aula	13
Tópico	Consentimento com Alto Profissionalismo e Competência	Tipo	Teórica
Conteúdos	Leis e Normas em Vigor em Moçambique	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever as funções do Técnico de Medicina.
2. Descrever e interpretar as Leis e Normas em vigor na República de Moçambique para o exercício do acto médico.
3. Traduzir a prática profissional, comportando-se com alto profissionalismo e competência de acordo com as Leis e Normas em vigor na República de Moçambique para o exercício do acto médico.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	As funções do Técnico de Medicina		
3	Leis e Normas em Vigor na República de Moçambique para o Exercício do Acto Médico		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Código Ético/Moral de Saúde, República de Moçambique, Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica – Departamento de Administração e Gestão Hospitalar. DRAFT 2009
- Currículo do Curso dos Técnicos De Medicina, República De Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Recursos Humanos, Departamento de Formação, 2010
- Código Penal Português, 2ª Edição, 1972.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: AS FUNÇÕES DO TÉCNICO DE MEDICINA

O perfil profissional do Técnico de Medicina Geral descreve um funcionário de saúde com funções principalmente clínicas, mas também com a possibilidade de funções de gestão, de saúde pública e de ensino. Especificamente descreve as funções e tarefas da seguinte forma: “Os TM formados a partir deste currículo deverão integrar-se na equipa de Saúde e em equipas específicas nas quais deverão cobrir as funções e tarefas técnicas, de gestão e administração, de saúde comunitária, e de ensino.” O Perfil também define as tarefas técnicas do TMG nas áreas de Medicina, Psiquiatria, Pediatria, Saúde Reprodutiva, Traumatologia, HIV/SIDA, medicina legal e enfermagem.

É importante notar que tarefas ou funções éticas não são especificamente definidas no perfil profissional do TMG. Isto é porque a ética e deontologia devem orientar e guiar todas as tarefas profissionais do técnico de medicina.

No currículo do TMG as competências do TMG na área de ética e deontologia são assim listadas:

O Técnico de Medicina será capaz de:

1. Demonstrar uma atitude positiva no diálogo com os seus colegas, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares, tendo em conta os conceitos fundamentais da Ética, Bioética e Deontologia.
2. Desempenhar as suas funções com alto profissionalismo e competência, comportando-se de acordo com as Leis e Normas em vigor na República de Moçambique, para o exercício do acto médico.
3. Exercer a sua prática profissional de forma a ter em conta os princípios da bioética.
4. Ter um relacionamento com o paciente, utilizando o modelo de participação mútua, no qual a afinidade é igualitária e partilhada com este.
5. Discutir, quando necessário, com os seus pacientes e familiares, nomeadamente assuntos clínicos e tratamentos, na base de uma relação de confiança e equidade, sem qualquer forma de discriminação quanto à idade, ao sexo, à condição social, às características raciais, políticas ou ideológicas, crenças religiosas, ao tipo de doença ou motivo de consulta.
6. Combater a estigmatização ou a discriminação por parte dos profissionais de saúde em relação às pessoas infectadas ou afectadas de alguma maneira pelo HIV/SIDA.
7. Zelar pelos deveres dos pacientes.
8. Respeitar os direitos dos pacientes.
9. Reconhecer os diversos tipos de erro médico e as formas práticas de os evitar.
10. Manter a confidencialidade e o segredo profissional em todos os aspectos da sua prática clínica e vida particular, seguindo os seguintes princípios:
 - a. Manutenção de confidencialidade de toda a informação pessoal, médica e terapêutica;
 - b. Revelação quando é eticamente ou legalmente aconselhada;
 - c. Revelação com consentimento e para o benefício do paciente;
 - d. Revelação somente da informação essencial.

11. Pedir o consentimento informado livre e esclarecido aos pacientes para as intervenções clínicas, utilizando uma linguagem clara, após se ter assegurado que o paciente está competente.
12. Pugnar pelos direitos dos Técnicos de Medicina e cumprir com convicção os seus deveres de boa conduta, responsabilidade, respeito pela integridade da pessoa, honestidade e autenticidade.
13. Desempenhar as suas funções com alto profissionalismo e competência, comportando-se de acordo com as Leis e Normas em vigor na República de Moçambique para o exercício do acto médico.
14. Fazer a prescrição clínica, passar atestados e proceder transferências de pacientes, no âmbito de acção dos Técnicos de Medicina, tendo em conta os princípios e normas éticas.
15. Desenvolver a prática profissional de inflexível combate à dor, aplicando os códigos dos Cuidados Paliativos para os casos terminais de aliviar, assistir, evitar o ressentimento e acompanhar o moribundo.
16. Tomar decisões éticas orientadas pelas leis Moçambicanas e regulamentos do Ministério da Saúde nos conflitos e dilemas profissionais, nomeadamente aborto e eutanásia.
17. Realizar recolha de dados de saúde seguindo os princípios da bioética para respeito da pessoa e seu ambiente.

BLOCO 3: LEIS E NORMAS EM VIGOR NA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE PARA O EXERCÍCIO DO ACTO MÉDICO

A LEI MOÇAMBIcana REFERENTE À SAÚDE

Há pouca referência específica às leis governando a provisão de serviços de saúde no Código Penal Português actualmente em vigor em Moçambique. Para além dos artigos especificamente referindo a aborto e eutanásia (tratados em outras aulas dessa disciplina) existentes na secção 2 do 7º capítulo que trata de “Crimes Contra a Saúde Pública”. Nessa secção trata-se dos seguintes assuntos:

- É ilegal a venda ou exposição de substâncias venenosas ou abortivas, substâncias estupefacientes sem receita médica ou devida autorização, de igual modo indica a ilegalidade de venda e exposição de medicamentos falsificados. (Artigo 248). Também indica que um médico (e implicitamente em Moçambique, um Técnico de Medicina) não tem direito a recusar serviços/tratamento a um paciente nos casos de urgência ou não havendo outro médico (ou TM) a quem o doente possa facilmente recorrer (Artigo 250).

Orientações mais abrangentes e mais específicas são definidas pelo Ministério de Saúde. Na altura de elaboração dessa aula (Março 2011) o Ministério de Saúde da República de Moçambique ainda não tinha aprovado um Código Ético/Moral dos serviços de saúde mas já existia um primeiro esboço. Na esperança da aprovação, e na ausência de outros documentos orientadores, foi decidir usar esse esboço do “Código ético/moral de Saúde” como base para esta discussão.

O CÓDIGO ÉTICO/MORAL DE SAÚDE

O código estabelece que gozar uma boa saúde é situação vital e normal do ser humano, e que assim a saúde é um bem fundamental. Assim a preocupação com saúde é um DEVER moral de todos.

Também estabelece que a preservação de saúde não é apenas um dever individual, mas um dever social (da sociedade) e que o respeito pela vida humana é o dever e norma ética mais importante e universal.

Relaciona esses princípios com a prática de todas Unidades Sanitárias, enfatizando o princípio que nas Unidades Sanitárias, a preservação, manutenção, recuperação, tratamento e cura de doenças e reposição de saúde dos pacientes são as suas razões de ser.

A seguir, estabelece que todo o quadro do pessoal de saúde dever ser conscientemente motivado pelos compromissos éticos/morais em relação ao paciente, dando a conhecer ao paciente os seus deveres e direitos.

Finalmente apresenta orientações específicas do código de ética, categorizadas em responsabilidades:

- Do exercício profissional;
- Do profissional de saúde perante o paciente;
- Do profissional de saúde com a prática;
- Do profissional de saúde perante a comunidade;
- Do profissional de saúde com os colegas;
- Do profissional de saúde com a profissão.

DAS RESPONSABILIDADES FUNDAMENTAIS

O profissional de saúde presta assistência clínica a pessoa, família e comunidade, em situações que requerem medidas relacionadas com a promoção, reabilitação, protecção de saúde, prevenindo as doenças e incapacidades, e alívios de sofrimento num princípio terapêutico, levando em consideração os diagnósticos e os planos de tratamento para a cura. As responsabilidades do profissional de saúde incluem:

- Zelar pela provisão e manutenção adequada de assistência e atendimento clínico, social e ajuda.
- Fazer a programa clínico coordenado por triagem, clínico, tratamento, que vise o bem-estar do paciente.
- Avaliar a sua competência e aceitar atribuições delegadas quando demonstre capacidade para o efeito.
- Se actualizar e ampliar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais para o benefício do paciente e desenvolvimento da profissão.

Actividade: Análise das orientações ético-morais

Divida os alunos em 5 grupos

Cada grupo será responsável por interpretar as orientações ético-morais abaixo listadas, e “transformar em linguagem simples” as orientações acerca das responsabilidades ético-morais numa categoria.

Grupo 1: O exercício profissional

Grupo 2: O profissional de saúde e o paciente

Grupo 3: O profissional de saúde com a prática

Grupo 4: O profissional de saúde e a comunidade

Grupo 5: O profissional de saúde com os colegas

Grupo 6: O profissional de saúde com a profissão

Cada grupo terá 20 minutos para preparar

Finalmente cada grupo terá 10 minutos para apresentar em plenária

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1. Exercer a sua actividade com zelo e probidade, obedecendo aos preceitos da ética/moral profissional, do civismo, das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições da profissão.
2. Manter a confidencialidade profissional de que tenha conhecimento, em razão da sua actividade e exigir a mesma conduta pelo pessoal sob a sua direcção.
3. Prestar assistência de saúde (*médica no caso do Técnico de Medicina*) ao paciente respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana independentemente de qualquer consideração relativa a etnia, nacionalidade, credo político, religião e condição socioeconómica de modo que a prioridade no atendimento obedeça exclusivamente as razões de urgência.
4. Respeitar a vida humana; jamais deve cooperar com factos que atentem ou risque a integridade física e moral do paciente.
5. Colocar os seus serviços profissionais à disposição do paciente. Em casos pessoais, de guerra, calamidade, endemias ou crise social, sem pleitear vantagens pessoais.
6. Respeitar o natural pudor e a intimidade do paciente.
7. Respeitar o direito do paciente decidir sobre a sua pessoa e seu bem-estar.
8. Manter e zelar que o processo clínico do paciente permaneça fora do alcance de estranhos, da equipe, e às vezes do próprio paciente.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O PACIENTE

1. Advogar a favor dos pacientes, em particular dos mais vulneráveis.
2. Manter em confidência toda informação que tiver acesso no exercício da sua profissão, só o divulga com o consentimento do paciente, do Conselho Médico, ou outro Órgão que o possa justificar.
3. Individualizar o paciente no decurso de fornecimento de cuidados de saúde respeitando e obedecendo a sua intimidade, privacidade e pudor.
4. Proteger o público da desinformação.
5. Fornecer os cuidados de saúde sem discriminação de qualquer natureza.
6. Respeitar o paciente na sua dignidade na condição de o solicitar para alívio da dor.
7. Demonstrar compreensão de culturas, crenças e perspectivas dos outros

O PROFISSIONAL DE SAÚDE COM A PRÁTICA

1. Reconhecer as suas responsabilidades e limitações profissionais realizando actividades fora da sua competência somente em caso de extrema urgência, em locais que não haja médicos comunicando logo o ocorrido.
2. Respeitar as crenças religiosas e reconhecer ao paciente o direito de tomar decisões acerca dos cuidados da própria saúde.
3. Criar uma atmosfera de confiança que faz com que o paciente se sinta protegido através da incorporação, no plano de cuidados, dos seus valores, costumes e hábitos.
4. Assegurar a todo momento o padrão mais alto de cuidados de saúde e de conduta profissional actualizando e mantendo válida a competência pela sua formação continua.

5. Documentar os cuidados de forma concisa e honesta.
6. Delegar e aceitar responsabilidade com criticismo e não praticar actos imorais.
7. Assegurar que qualquer acto ou omissão das responsabilidades não seja prejudicial ao paciente.
8. Promover, facultar e supervisionar assuntos técnicos, científicos e culturais do pessoal a seu cargo.
9. Procurar corrigir os seus próprios erros e os dos outros na prestação de cuidados demonstrando responsabilidade nas suas acções.
10. Prestar cuidados baseando-se na ciência, garantindo a segurança do paciente de acordo com a conduta ética e outras legislações de saúde.
11. Praticar dentro de qualificações, competências, conhecimento, experiência e é responsável pelas suas acções, não abandonando o paciente por qualquer razão de índole pessoal.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A COMUNIDADE

1. Promover condutas sanitárias aceitáveis na comunidade onde vive e trabalha.
2. Servir os interesses da comunidade comprometendo-se na educação e cura do paciente.
3. Apoiar com justiça o fornecimento de cuidados sem discriminação.
4. Fornecer informação aos pacientes e ao público com honestidade, respeito e cortesia.
5. Promover o acesso aos serviços de saúde de todos.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE COM OS COLEGAS

1. Cooperar e manter relações harmoniosas com os colegas, os pacientes e alimentar o espírito de profissionalismo entre os colegas.
2. Apoiar aos colegas de saúde segundo seus conhecimentos, experiência e campo responsável, para eles próprios poderem desenvolver as suas competências profissionais e assistir outros na prestação de cuidados de modo que ambos contribuam com segurança e qualidade aos serviços.
3. Defender os princípios de liderança, responsabilidade, parceria e sustentabilidade no fornecimento de cuidados, reconhecendo e respeitando as contribuições dos outros membros da equipa.
4. Usar a autoridade conferida pela posição profissional dando ordens, sem inferiorizar a pessoa e a qualidade de prática profissional.
5. Fazer cumprir as normas ético-legais através do seu exemplo e compromisso.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE COM A PROFISSÃO

1. Assumir a responsabilidade de aprender durante a vida toda e planeia o seu desenvolvimento pessoal e profissional.
2. Permitir e facultar o desenvolvimento das actividades de educação e de pesquisa.
3. Encorajar o estabelecimento de políticas consistentes para o desenvolvimento de cuidados de saúde.
4. Manter e renovar os seus conhecimentos profissionais e competências através da educação, formação contínua e auto-aprendizagem.
5. Comunicar os valores da profissão ao público visto que se relaciona com o bem-estar do paciente.

6. Negociar e advogar/promover o papel do profissional entando que o mesmo é membro da equipe interdisciplinar de cuidados de saúde.
7. Participar na sua organização profissional apoiando os programas que melhorem a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde e desenvolvimento profissional.
8. Participar e compartilhar na melhoria de condições de trabalho no seu local de serviço.
9. Observar uma conduta ética aprovada em qualquer lugar e situação que dê crédito a sua profissão.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1. O perfil profissional do Técnico de Medicina Geral descreve um funcionário de saúde com funções principalmente clínicas, mas também com a possibilidade de funções de gestão, de saúde pública e de ensino.
- 4.2. A ética e deontologia devem orientar e guiar todas as tarefas profissionais do técnico de medicina.
- 4.3. O código ético estabelece que gozar uma boa saúde é situação vital e normal do ser humano, e que assim a saúde é um bem fundamental. Assim a preocupação com saúde é um DEVER moral de todos.