

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE RESPONSABILIDADE MÉDICA NO DOMÍNIO DA SAÚDE PÚBLICA

L. CAYOLLA DA MOTTA

Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

RESUMO

A propósito de um problema real, que pôs em risco a saúde pública, o autor desenvolve o tema da responsabilidade médica no domínio da saúde pública, no decurso de uma série de colóquios sobre «Responsabilidade Médica» organizados, há cerca de um ano, pela Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. São referidas e comentadas, em primeiro lugar, as responsabilidades específicas dos médicos de saúde pública e, em seguida, consideradas e igualmente discutidas as responsabilidades dos clínicos, em particular dos clínicos gerais, no domínio da saúde pública. São feitas algumas considerações sobre a importância de «sistemas de controlo de qualidade» nos serviços de saúde e a crescente necessidade da sua introdução entre nós. O autor aborda em seguida o problema das responsabilidades sociais dos médicos (de saúde pública e outros), num mundo cada vez mais complexo e em rápida evolução técnica, demográfica e social — mundo este em que se reconhece cada vez melhor a importância dos factores económicos e sociais no binómio saúde-doença. A propósito da responsabilidade social ou comunitária do médico, o autor recorda a evolução da «forma» (ainda que não da «substância») dos juramentos éticos dos médicos: desde o conhecido «juramento de Hipócrates», com mais de 2000 anos, até ao que hoje se designa por «juramento de Geneve», da Associação Médica Mundial (1948). Ao terminar, o autor compara estes dois juramentos com o «Código da Ética e Responsabilidade Social do Médico» proposto em 1980 pelo Prof. Milton Roemer, do Departamento de Saúde Pública da Universidade da Califórnia em Los Angeles. Advoga o autor que, perante a realidade demográfica, tecnológica, sócio-económica e psico-cultural dos nossos dias, é imperioso que os médicos (de saúde pública e outros) não se encerrem na defesa de um universo singular, apenas profissional, antes compreendam e aceitem o enorme e importante papel que podem e devem desempenhar nas sociedades actuais, que se aproximam rapidamente do termo do segundo milénio da era cristã.

SUMMARY

Some considerations on the physician's responsibility in the field of public health

The author discusses in the first place the specific responsibility of the public health physician, who has recently benefited of an improved career and better wages. The public health responsibilities of all physicians, in particular of the general practitioners, whose career has been also recently established, are considered and discussed in some detail. The problems of «quality control» are equally discussed, in particular in relation to «medical responsibility». The physicians' social responsibilities are also considered. The author traces the evolution of «medical responsibility» of the physician towards his patient, from the Hippocratic oath (about 2500 years ago) to the Geneva declaration of the World Medical Association (1948). Finally he stresses the social responsibilities of all physicians (public health and other physicians) in today's world and suggests a comparison of those oaths with the Social Code of the Physician proposed in 1980 by Prof. M. Roemer of the UCLA. In today's fast changing world, with its demographic, technologic, socio-economic and psycho-cultural characteristics, physicians must change from too individualistic and strictly professional attitudes towards a more socially responsible approach of Medical Sciences. They should also clearly understand and improve their outstanding role towards, not only their patients but also their community, in a society rapidly approaching the year 2000.

INTRODUÇÃO

Responsabilidades particulares no domínio da Saúde Pública

Ao iniciar a contribuição, pedida pelo Prof. Fernando de Pádua, em um dos «Colóquios sobre a Responsabilidade Médica», mais precisamente a propósito da responsabilidade dos médicos de Saúde Pública (**), pareceu-nos apropriado

começar por lhes relatar um episódio ocorrido entre nós, no Verão passado, que ilustra bem um dos aspectos da responsabilidade (ou da sua falta) profissional no domínio da Saúde Pública.

Em certo concelho do país, numa ocasião em que a sua população se encontrava apreciavelmente aumentada por turistas nacionais e estrangeiros, todos se queixavam de que a água de abastecimento (canalizada) era «intragável»; e havia mesmo suspeitas de que estivesse inquinada. Consultadas por particulares naturalmente alarmados com o facto, as autoridades locais de saúde pública remeteram os interessados às autoridades municipais respectivas. Aí, foi-lhes assegurado que «não havia problemas», nem razão para alarme e que a água era «segura». Todavia, houve, por acaso, a possibilidade

Palestra proferida em 26 de Janeiro de 1985, na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, no âmbito de um ciclo de *Colóquios sobre Responsabilidade Médica*.

de se poder comprovar, em seguida, com base em colheitas rigorosas da água de abastecimento local, não só que a água destinada a consumo público era salobra, como até que estava bacteriologicamente inquinada, conforme o resultado de análises realizadas em instituições de comprovada idoneidade científica. Apesar disso, as autoridades camarárias aparentemente teriam decidido não valorizar tais resultados, pretextando técnicas incorrectas de colheita e continuaram informando que «não havia problema» com a água. Diversas diligências tomadas por alguns técnicos da carreira de saúde pública resultaram infrutíferas, pelo menos a título imediato; e, por muitos meses, aquela água, distribuída por canalizações municipais às habitações do concelho, continuou imprópria para consumo.

A quem se pode imputar a responsabilidade num caso como este, que infelizmente não parece ser único, que pôs em risco a saúde de toda uma população, a qual nem sequer foi oficialmente alertada para o perigo que corria de consumir água de abastecimentos de «má qualidade» e que nem mesmo era tratada, como devia ser?

Embora essa responsabilidade seja basicamente das autoridades camarárias, não é possível ignorar, em caso com tão graves implicações sobre a saúde pública, também a responsabilidade das autoridades médicas de saúde pública (locais, regionais, centrais). Estas têm, de facto, a responsabilidade de estudar, de vigiar, de estar atentas aos riscos potenciais de saúde existentes na sua área de actividades, de alertar atempadamente as entidades camarárias e, se necessário, até o público, para os riscos eventuais e, finalmente, de actuar prontamente, em colaboração com outros técnicos responsáveis, no sentido da defesa da saúde pública ameaçada.

Não creio que possa haver dúvidas quanto à responsabilidade de médicos que, conhecendo os factores de risco a que a população está sujeita, bem como os regulamentos de saúde pública que deviam fazer cumprir, muitas vezes não chegam sequer a actuar — em especial, e como mais conviria, a actuar preventivamente. Porquê? por ignorância? por indiferença? por receio de levantar problemas a nível local?... ou de «perturbar» a sua carreira?

Este sector de saúde pública — que conheci muito bem desde os anos 50 e cujo desenvolvimento sempre acompanhei com o maior interesse e entusiasmo, à medida que reformas sucessivas o procuraram prestigiar e reforçar — revela ainda, aqui e ali, de vez em quando, um aparente imobilismo, uma certa falta de entusiasmo pelos problemas básicos de saúde comunitária. Isto apesar de já termos uma «carreira médica de saúde pública» que, desde a reorganização de 1982, é até «convidativa», para o nosso meio. É inevitável o contraste ocasional do «ambiente» aparentemente rígido e burocrático que ainda hoje, por vezes, se encontra ao nível de certos serviços de saúde pública e de prestação de cuidados de saúde primários, com o entusiasmo, a dedicação e até o espírito de sacrifício de muitos profissionais de saúde pública (médicos, enfermeiros, agentes sanitários) durante as «fases de arranque» de certos programas de saúde, como por exemplo, as de planeamento e execução do «Programa Nacional de

Vacinação» em 1965-1966, quando os recursos eram muito mais escassos do que os actuais e as condições gerais muito menos favoráveis.

Estamos certos que os exemplos negativos não passam de excepção e que, com as condições muito mais favoráveis de hoje, os serviços de saúde possam desempenhar, e cada vez melhor, o papel fundamental que lhes cabe no estudo, defesa e promoção da saúde dos portugueses.

DEMISSÃO DE RESPONSABILIDADES E RESPONSABILIDADE DAS INSTITUIÇÕES E DAS CHEFIAS

Infelizmente, parecem verificar-se hoje, um pouco por todos os níveis, certas demissões de responsabilidades, que naturalmente não atingem só o sector da saúde mas que, quando neste se verificam, são causa de consequências lamentáveis e por vezes graves. Isto pode ser comprovado, não só ao nível local, como até a níveis superiores. E não é possível, nestes casos, separar claramente as responsabilidades que podemos designar de «individuais» das responsabilidades «institucionais», naturalmente ligadas às chefias responsáveis pelas instituições de saúde nacionais.

Ainda recentemente, um clínico distinto, antigo responsável político do sector, o Dr. A. Paulo Mendo, em periódico médico de larga difusão¹, chamava precisamente a atenção para a «responsabilidade das instituições e das chefias», afirmando que «a responsabilidade institucional tem de ser exigida, do mesmo modo que a individual». E, acrescentava: «a responsabilidade profissional não pode ilibar as falhas das instituições, dos poderes públicos e dos políticos».

Por outro lado, o Dr. Paulo Mendo também salientava que «nada justifica o não cumprimento dos deveres livremente aceites» e que «não há insuficiência organizativa, falta de verbas... que nos absolvam de não cumprirmos». Na realidade, como acentuava o referido artigo¹, «todos somos responsáveis».

Concordamos que, nas presentes circunstâncias, se torna indispensável a elaboração de um «quadro jurídico» que defina claramente as responsabilidades das chefias (médicas e administrativas), quer nos hospitais quer nos centros de saúde e outras instituições de cuidados médicos e de saúde, a nível local, regional e central.

Como diz o autor daquele artigo, «os gestores e directores devem ter as suas instituições programadas e orçamentadas por objectivos; e devem avaliá-los regularmente quanto às actividades prestadas, aos objectivos alcançados e aos custos realmente efectuados»¹. Eles têm de ser finalmente responsabilizados pela gestão dos seus orçamentos, o que naturalmente implica também uma liberdade (responsabilizada) de gestão dos recursos (humanos, materiais, financeiros) disponíveis.

Consideremos em seguida, ainda que de forma necessariamente breve e superficial (dado o limite de tempo necessariamente imposto a esta comunicação) o caso particular das responsabilidades dos profissionais de saúde pública e dos seus serviços — isto é, dos médicos de saúde pública e das suas chefias (técnicas e administrativas).

RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DOS MÉDICOS DE SAÚDE PÚBLICA

Resumidamente, pode dizer-se que estas se exercem a vários níveis (desde o local ou periférico, em contacto directo com as populações, até ao central e político) e sob diversos e cada vez mais vastos aspectos.

(*) Texto preparado em 1984 e apresentado na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa em 26.01.85.

(**) Adaptação das «Considerações de um Médico de Saúde Pública», apresentadas na II Reunião (26.01.85) dos «Colóquios sobre Responsabilidade Médica» (1984/85) organizados por um grupo de médicos em colaboração com a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, reunião essa subordinada ao tema «Controlo de Qualidade», sob a orientação do Professor Doutor Fernando de Pádua.

De forma esquemática, tais responsabilidades estruturam-se da seguinte maneira:

- a) Estudo e vigilância (epidemiológica, etc.) da saúde das comunidades perante as quais aqueles profissionais e seus chefes são responsáveis (nos concelhos, nos distritos e no país); seguido do
- b) Planeamento, multidisciplinar e com audiência dos representantes profissionais e das populações em causa, dos programas de intervenção, com o objectivo de reduzir, controlar, se possível eliminar e, enfim, prevenir os riscos e os problemas de saúde pública; sem esquecer ainda a
- c) Avaliação regular das medidas de intervenção, no sentido de se conhecerem a sua eficácia e a sua eficiência e, com base nestas, se reformularem, se necessário, os programas de acção.

Estas tarefas, hoje tão vastas e que fazem apelo a uma preparação apropriada, já facultada entre nós, desde há anos, em estabelecimentos especializados (como a Escola Nacional de Saúde Pública, a Escola Pós-Básica de Enfermagem, os Cursos do INSA) e ainda por meio de cursos diversos e de treino em serviço, impõem naturalmente, não só suficiente competência técnica, como muita dedicação e um elevado sentido de responsabilidade.

RESPONSABILIDADES DOS CLÍNICOS NO DOMÍNIO DA SAÚDE PÚBLICA

É preciso, contudo, não esquecer que algumas das responsabilidades da Saúde Pública acima referidas, não são da exclusiva responsabilidade dos médicos e outros técnicos da saúde pública. Elas são também, em parte, dos clínicos.

Os clínicos (gerais e especialistas), independentemente das actividades puramente clínicas que exercem, quer trabalhem em instituições (Centros de Saúde, Hospitais, etc.) quer isoladamente, têm, para além das responsabilidades que assumem perante os seus doentes, também obrigações e responsabilidades genéricas face a diversos problemas de saúde pública. De facto, a profissão que abraçaram, mesmo quando desligados de qualquer sistema ou serviço oficial, ou outro, de saúde, impõe-lhes responsabilidades adicionais. Estas responsabilidades, sanitárias, económicas e sociais, decorrem inevitavelmente dos seus actos (ou omissões) como clínicos, que podem ter — e geralmente têm — implicações no domínio da saúde comunitária e até nas condições sócio-económicas dos seus doentes, dos familiares e da população em que se integram.

Para referir só alguns exemplos de tais obrigações (e decorrentes responsabilidades), basta referir, entre outras:

- a) As notificações atempadas de casos e óbitos (sobretudo quando ligados a surtos epidémicos) de doenças transmissíveis, e até de outras de reconhecido impacto social, às autoridades de saúde pública. É claro que esta obrigação e a responsabilidade decorrente de notificação a tempo, ou da sua omissão, são tanto mais importantes quanto maior for o impacto sócio-económico das afecções (transmissíveis, ocupacionais por acidentes, etc.) em causa. Dispensamo-nos de dar exemplos concretos da gravidade da falta de notificação de certas doenças transmissíveis, por vezes importadas, e de outras (da raiva à legionelose ou à SIDA, de graves toxinfecções alimentares a intoxicações químicas profissionais e à suspeita de acção cancerígena de poluentes industriais e outros) por estarmos entre uma

assistência que conhece bem estes problemas e a sua extensão no mundo «sem fronteiras» dos nossos dias e que não ignora que, em regra, é o clínico o primeiro a detectar tais ocorrências. Por isso mesmo é a ele que geralmente incumbe o dever de primeiro alertar os serviços de saúde pública — e deve fazê-lo tão urgentemente quanto possível.

- b) A obrigação, pelo menos moral, de colaborar, sempre que necessário e lhe for pedido, em programas de saúde pública (de «intervenção sanitária») desde as «campanhas» de vacinação, às de rastreio e às de educação para a saúde — em que o seu contacto directo com o público e o seu prestígio perante os seus doentes e familiares lhe dão um poder de impacto social dificilmente ultrapassável.
- c) A colaboração regular no registo, recolha e transmissão, a quem de direito, de um número crescente de dados de carácter estatístico (desde a certificação das causas de morte ao preenchimento de mapas de movimento e de diagnósticos, desde a anotação do uso de serviços complementares de diagnóstico e terapêutica ao registo de medicamentos prescritos, etc.) cuja importância cresce continuamente e que são indispensáveis ao regular funcionamento dos serviços de saúde, seu progresso e sua avaliação.
- d) E, finalmente, a colaboração que pode e deve prestar no sentido de se conseguir um constante aperfeiçoamento da «qualidade» dos actos clínicos e do seu controlo e avaliação regulares.

Quanto a este último domínio, cumpre salientar que se ele deve preocupar e motivar certas actividades dos médicos de saúde pública, de facto constitui uma responsabilidade de todos os médicos, independentemente das respectivas carreiras, especialidades, níveis e locais de actuação.

CONTROLO DE QUALIDADE DE SERVIÇOS E ACTOS CLÍNICOS

Este último tipo de actividades de avaliação, o chamado «controlo de qualidade», tem vindo a merecer interesse e importância crescentes num número cada vez maior de países, sobretudo — mas não só — naqueles em que os sistemas de «medicina convencional», baseados em seguros-doença, do Estado ou de empresas privadas, mais se têm desenvolvido. Os governos responsáveis pela manutenção destes sistemas de cuidados médicos, ou até de outros (tipo «Serviço Nacional de Saúde», financiado pelo orçamento geral do Estado) têm vindo a manifestar uma preocupação cada vez maior, não só por causa do aumento constante e aparentemente imparável dos custos de manutenção dos sistemas de cuidados médicos, como também pelo natural desejo de se procurar manter a «qualidade» dos actos prestados. O «controlo de qualidade» é, afinal, um dos aspectos do conjunto de medidas de «vigilância» e avaliação regular dos serviços e actividades de saúde (em quantidade, qualidade e custos) que um número crescente de países se tem visto forçado a adoptar, com maior ou menor grau de intervencionismo e com maior ou menor sucesso de resultados.

Tivemos, há anos, ocasião de publicar um ou dois artigos precisamente sobre este problema de crescente importância médico-social, após termos tido a oportunidade de visitar e estudar a organização de «serviços de avaliação de cuidados médicos» (compreendendo o «controlo de qualidade») nos Estados Unidos e no Canadá^{2,3}. A proposta apresentada então ao Governo para se iniciar, a título de ensaio (estudo-piloto),

um «sistema de controlo de qualidade» em alguns serviços seleccionados dos hospitais centrais, ou/e de um novo hospital cuja inauguração então se preparava (Hospital de Santa Cruz)³ não teve infelizmente qualquer seguimento naquela ocasião (1975). A vasta e pormenorizada documentação técnica para o estabelecimento de um tal sistema, então oferecida à Secretaria de Estado da Saúde, ficou pelas gavetas das secretárias. Espera-se contudo que, se não foi perdida, possa vir a servir de base para a preparação de novas propostas de avaliação da «quantidade» e da «qualidade» dos serviços clínicos e outros. O recurso à informática, hoje mais fácil e acessível do que em 1975, torna-se indispensável à implantação de sistemas de avaliação do tipo acima referido³.

De entre as diversas medidas que, nos últimos 10-20 anos se têm utilizado para *controlo do volume, custo e qualidade de serviços de saúde*, destacam-se, sobretudo, as seguintes:

- 1) *Controlo de volume, ou da quantidade de serviços* — indispensável aos estudos administrativos sobre o movimento, os recursos e seus custos e os abusos eventuais — nos seus actos clínicos e no uso de serviços complementares de diagnóstico e terapêutica.
- 2) *Controlo de qualidade* — para avaliação, não só do nível dos serviços, como da qualidade dos profissionais e dos actos prestados, incluindo abusos eventuais.
- 3) Estabelecimento de «perfis» de «consumo» — incluindo, não só os perfis «de utilização» pelos doentes, ou consulentes, como também os «de exercício», relativos às actividades dos clínicos que, num sistema de «serviço nacional de saúde» ou de «medicina convencional», prestam serviços a uma população bem definida.

Mercê da informática e do uso de ordenadores, estabelecidos estes «sistemas de avaliação», geralmente por áreas ou «regiões de saúde», é fácil identificar rapidamente, entre outros elementos, por exemplo:

- Os *doentes/utentes* que «abusam» de cuidados médicos, ou repetem o recurso a dados complementares de diagnóstico de terapêutica (que, por vezes, nem usam, pelo menos na totalidade prescrita);
- Os *clínicos* que revelam «perfis» mais elevados (do que os «normais» ou «esperados»*) quanto a consultas por doente, a exames complementares (análises clínicas, radiografias, E.C.G., etc.) por consulta e/ou por doente, a medicamentos por consulta e/ou por doente, etc.

Quando detectadas, tais discrepâncias são utilizadas, em primeiro lugar, com intuítos educativos — quer em relação ao público, no que diz respeito aos «abusos de consumo», quer em relação aos clínicos, com a colaboração de peritos médicos previamente seleccionados, por intermédio, não só das ordens e associações médicas, como também de sociedades médicas e até das próprias faculdades de medicina. Todavia, quando tais «abusos» ou «alterações de perfis» se repetem e, sobretudo, se se revelam fraudulentos, o sistema de avaliação/vigilância deverá ser programado para punir as «transgressões» repetidas.

* Em relação a «limites» previamente acordados (convencionados) com as ordens e associações médicas e/ou estabelecidas, por comissões de especialistas, conforme os diagnósticos e circunstâncias.

Tivemos a oportunidade, na visita de estudo a diversos sistemas de saúde dos E.U.A. («Blue Cross», «Blue Shield», «University of Utah», «North California Medical System», etc.) e do Canadá (Serviços de Cuidados Médicos Provinciais Canadianos da Colúmbia Britânica, do Saskatchewan e da Nova Escócia) a que acima se fez referência³, de verificar como tais sistemas, sempre baseados em computadores e na informatização de dados, funcionavam na perfeição e que os abusos eram rapidamente detectados e corrigidos.

Impressionou-nos muito particularmente a contribuição do «controlo regular de qualidade» dos serviços clínicos, hospitalares e ambulatoriais, por meio de mecanismos apropriados de *feed-back*, na constante melhoria da qualidade e da ética do sistema, bem como a sua contribuição para o aperfeiçoamento dos programas estaduais de educação médica, pré e pós-graduação. Esta avaliação contribuía, portanto, não só para o progresso constante do nível de conhecimentos e da qualidade da educação médica, como também para a redução de gastos injustificados e, principalmente, para a progressiva melhoria da qualidade dos serviços médicos prestados à população.

Parece-nos desnecessário salientar a importância que teria a aplicação deste ou de semelhante «sistema de controlo de quantidade/qualidade» de cuidados de saúde em Portugal, ainda que introduzido progressivamente.

Na fase actual e desenvolvimento dos nossos serviços de saúde, em que a procura excede aparentemente os recursos disponíveis, em que os custos sobem em espiral e em que as queixas sobre as demoras, as insuficiências e a baixa qualidade de certos serviços são apontadas com crescente frequência, a introdução, ainda que progressiva, de um sistema de avaliação regular por serviços hospitalares, centros de saúde, ou regiões de saúde, seria não só desejável, como certamente benéfica, para o progresso e a melhoria da qualidade (e até da «humanização») dos nossos serviços de saúde.

E é impossível separar a questão básica que hoje aqui nos reuniu — a da responsabilidade médica — do controlo regular da qualidade dos actos médicos a que acabámos de aludir ainda que de forma necessariamente breve e superficial.

De qualquer forma, é desejável que sejam os médicos (clínicos e outros) a conceber, planear, instituir, aperfeiçoar e submeter as suas actividades a sistemas apropriados de «controlo de qualidade», antes que outros, porventura fora da profissão, lhes imponham. Na realidade, só os profissionais da medicina dispõem da competência para instituir sistemas eficazes desse tipo. De resto, exigem-no não só a sua dignidade, a ética da profissão e o seu prestígio social, como até mesmo — e cada vez mais — o seu interesse profissional.

É com muito apreço que se regista o interesse crescente do problema entre nós bem como o ensaio de programas de controlo de qualidade, recentemente iniciados e até já apresentados (como, por exemplo, nas últimas Jornadas de Administração Hospitalar de Lisboa⁴). Espera-se que a iniciativa se alargue e que o «controlo» de qualidade se aperfeiçoe e aprofunde entre nós.

RESPONSABILIDADES SOCIAIS DOS MÉDICOS

Para terminar estas considerações, parece-nos apropriado, face à crescente complexidade do exercício da Medicina, num mundo em rápida evolução técnica e social, em que é cada vez maior a intervenção, entre o médico e o doente, de «terceiros» (como o Estado, sistemas de previdência social, companhias de seguros, sistemas privados ou semi-privados de saúde, que progressivamente adquirem o direito de fiscalizar os nossos actos) e em que os factores económicos e sociais adquirem relevância cada vez maior nos problemas de saúde e de doença

das comunidades, parece-nos apropriado — repetimos — voltar a considerar e estudar os códigos em que nos últimos 2.500 anos se tem baseado a ética e a responsabilidade profissional do médico.

Foi há cerca de dois milénios e meio que Hipócrates — provavelmente sob o célebre plátano onde costumava ensinar e que ainda hoje se mantém de pé, na ilha de Kós, ao largo da costa sul da Anatólia — formulou o célebre juramento («Juro por Apolo e Hígia...») em que se têm baseado a ética e os princípios humanitários da prática médica no mundo civilizado (Quadro I)*.

QUADRO I Juramento Hipocrático
(Escola de Kós)

JURO POR APOLO; PELO MÉDICO ASCLÉPIOS; POR HYGIA E POR PANACEIA, E FAÇO TESTE-MUNBHO A TODOS OS DEUSES E DEUSAS, CUMPRIR SEGUNDO AS MINHAS POSSIBILIDADES E ENTENDIMENTO, O JURAMENTO SEGUINTE:

— ESTIMAREI AQUELE QUE ME ENSINOU ESTA ARTE COMO A MEUS PAIS, FAREI COM ELES VIDA COMUM E, SE NECESSÁRIO, REPARTIREI COM ELES OS MEUS BENS; CONSIDERAREI OS SEUS FILHOS COMO MEUS IRMÃOS E ENSINAR-LHES-EI ESTA ARTE SEM RETRIBUIÇÃO, OU PROMESSA ESCRITA, SE PRECISAREM DE A APRENDER. COMUNICAREI OS PRINCÍPIOS, LIÇÃO E TODO O CONTEÚDO DO ENSINO AOS MEUS FILHOS, AOS FILHOS DO MESTRE QUE ME ENSINOU, AOS DISCÍPULOS COM INSCRIÇÃO REGULARIZADA E COMPROMETIDA SEGUNDO OS REGULAMENTOS, E A MAIS NINGUÉM.

— APLICAREI OS TRATAMENTOS PARA BEM DOS DOENTES, SEGUNDO O MEU SABER E ENTENDIMENTO E NUNCA PARA MAL DE NINGUÉM. NÃO DAREI A NINGUÉM UM REMÉDIO MORTAL OU UM CONSELHO QUE O LEVE A PERDER-SE. DO MESMO MODO NÃO DAREI A NENHUMA MULHER NENHUM PESSÁRIO QUE POSSA PREJUDICAR A VIDA DO FETO. CONSERVAREI PURAS A MINHA VIDA E A MINHA ARTE. NÃO EXTRAIREI NENHUM CÁLCULO E DEIXAREI ESTA OPERAÇÃO PARA OS QUESABEM PRATICAR A CIRURGIA.

— EM QUALQUER CASA EM QUE ENTRE FÁ-LO-EI (SÓ) PARA BEM DOS DOENTES, EVITAREI TODO O PREJUÍZO VOLUNTÁRIO E TODA A CORRUPÇÃO, ABSTENDO-ME DO PRAZER DO AMOR COM AS MULHERES E COM OS HOMENS LIVRES OU ESCRAVOS. TUDO O QUE VIR E OUVIR NO EXERCÍCIO DA MINHA PROFISSÃO E NO TRABALHO DA VIDA COMUM, O QUE NÃO DEVE DIVULGAR-SE, CONSERVÁ-LO-EI SECRETO.

— SE CUMPRIR INTEGRALMENTE ESTE JURAMENTO, QUE POSSA GOZAR DITOSAMENTE DA MINHA VIDA E DA MINHA ARTE E DISFRUTAR DA GLÓRIA PERANTE OS HOMENS. SE LHE NÃO FOR FIEL, QUE ME SUCEDA O CONTRÁRIO.

HIPÓCRATES
ILHA DE KÓS, IÓNIA
(Século IV a.C.)

* Este juramento, para além dos elevados princípios morais que substancia e que têm orientado a ética médica desde então, tem a curiosidade de nos revelar também, de forma indirecta, algumas características curiosas de formas de convivência no mundo helenístico da Iónia do século IV a.C.

Em 1948, na cidade de Genève, a Associação Médica Mundial propôs a adaptação do célebre Código Hipocrático à linguagem dos nossos dias.

O resultado, a célebre Declaração de Genève (Quadro II), é o documento que, nas últimas décadas, tem pautado a conduta ética do médico no exercício da sua profissão e, mais especificamente, no que se refere às relações do médico com o seu doente. Na generalidade, a responsabilidade médica corrente tem-se baseado principalmente, senão mesmo exclusivamente, nos nobres princípios daquela Declaração de Genève (1948). Algumas outras Declarações complementares, relativas à responsabilidade médica, à experimentação, etc., como a de Tóquio e a de Lisboa (Estoril/Cascais) não alteraram, na sua essência, os princípios basilares da Declaração de Genève, ou, o que é o mesmo, do antigo «Juramento por Apolo», de Hipócrates.

Todavia, apesar da validade ainda actual destes Códigos Deontológicos, da natureza das suas palavras e da imutabilidade dos seus princípios, hoje não devemos, nem podemos, mais ignorar as implicações, cada vez melhor conhecidas, das realidades económicas, culturais, sociais e até políticas sobre a saúde das comunidades e dos povos, nem os novos sistemas por que presentemente se processa a prática médica dos nossos dias. Tais circunstâncias justificam, talvez, a oportunidade de, a exemplo do que se fez em 1948, repensarmos — como é um dos objectivos destes encontros — as obrigações e as responsabilidades dos médicos de hoje, no último quartel do século XX.

QUADRO II Declaração de Genève
Código de ética médica (*)

1984

NO MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MEMBRO DA PROFISSÃO MÉDICA:

— PROMETO SOLENEMENTE CONSAGRAR A MINHA VIDA AO SERVIÇO DA HUMANIDADE.

— DAREI AOS MEUS MESTRES O RESPEITO E O RECONHECIMENTO QUE LHES SÃO DEVIDOS.

— EXERCEREI A MINHA ARTE COM CONSCIÊNCIA E DIGNIDADE.

— A SAÚDE DO MEU DOENTE SERÁ A MINHA PRIMEIRA PREOCUPAÇÃO.

— MESMO APÓS A MORTE DO DOENTE RESPEITAREI OS SEGREDOS QUE ME TIVER CONFIADO.

— MANTEREI POR TODOS OS MEIOS AO MEU ALCANCE A HONRA E AS NOBRES TRADIÇÕES DA PROFISSÃO MÉDICA.

— OS MEUS COLEGAS SERÃO MEUS IRMÃOS.

— NÃO PERMITIREI QUE CONSIDERAÇÕES DE RELIGIÃO, NACIONALIDADE, RAÇA, PARTIDO POLÍTICO OU POSIÇÃO SOCIAL SE INTERPONHAM ENTRE O MEU DEVER E O MEU DOENTE.

— GUARDAREI RESPEITO ABSOLUTO PELA VIDA HUMANA DESDE O SEU INÍCIO, MESMO SOB AMEAÇA, E NÃO FAREI USO DOS MEUS CONHECIMENTOS MÉDICOS CONTRA AS LEIS DA HUMANIDADE.

FAÇO ESTAS PROMESSAS SOLENEMENTE, LIVREMENTE E SOB A MINHA HONRA.

(*) Formulado pela Associação Médica Internacional.

Dois mil e quinhentos anos após Hipócrates e a escassos 15 anos do Ano 2000, parece-nos apropriado confrontar os termos sobre «responsabilidade médica» da Declaração de Genève (1948) com as do «Código da Ética Médica» proposto em 1980 (Quadro III) pelo Prof. Milton Roemer, Professor de Saúde Pública da U.C.L.A. (Universidade da Califórnia em Los Angeles).

Este código foi recentemente divulgado pela Organização Mundial de Saúde em um dos últimos volumes do *WORLD HEALTH FORUM*, em que vários e ilustres especialistas de ética e de educação médica tiveram a oportunidade de o comentar, com interesse e oportunidade⁴. Trata-se de um Código de Ética e Responsabilidade Médica que, sem renegar ou abandonar qualquer dos princípios éticos propostos por Hipócrates e consagrados na Declaração de Genève (1948), oferece contudo a possibilidade de se acrescentarem, àqueles princípios imutáveis do «diálogo singular» e da responsabilidade «médico-doente», também os de uma responsabilidade social que nenhum médico de hoje — actuando no domínio da saúde pública, no sector hospitalar ou na clínica ambulatória — pode ou deve ignorar.

QUADRO III Código de responsabilidade social do médico (*)

1982

NO MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MEMBRO DA
PROFISSÃO MÉDICA:

— PROMETO SOLENEMENTE CONSAGRAR A MINHA VIDA AO SERVIÇO DA HUMANIDADE.

— FAREI TUDO O QUE PUDER PARA AJUDAR O MEU DOENTE E TODA A COMUNIDADE A EVITAR A DOENÇA E OUTRAS PERTURBAÇÕES DA SAÚDE E A MANTER UMA BOA SAÚDE.

— RESPEITAREI A DIGNIDADE DE TODOS OS INDIVÍDUOS, SERVINDO-OS DE ACORDO COM AS SUAS NECESSIDADES NO DOMÍNIO DA SAÚDE, INDEPENDENTEMENTE DA SUA SITUAÇÃO PESSOAL OU SOCIAL E DAS EVENTUAIS RECOMPENSAS PECUNIÁRIAS.

— RECONHEÇO A ESPECIAL IMPORTÂNCIA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DAS CLASSES MAIS DESFAVORECIDAS E FAREI UM ESFORÇO ESPECIAL PARA RESPONDER ÀS SUAS NECESSIDADES.

— PERFEITAMENTE CONSCIENTE DE QUE O CUSTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE É SEMPRE SUPTADO PELA POPULAÇÃO, JAMAIS ACTUAREI DE FORMA (PROFISSIONAL OU TÉCNICAMENTE) INJUSTIFICADA OU PERDULÁRIA.

— APESAR DAS ATRACÇÕES DE CERTAS LOCALIDADES, EU SERVIREI O POVO ONDE QUER QUE ELE VIVA E TRABALHE, SEMPRE E ONDE AS MINHAS APTIDÕES FOREM MAIS NECESSÁRIAS.

— TRABALHAREI EM COOPERAÇÃO COM OUTROS TÉCNICOS DE SAÚDE COM O OBJECTIVO DE PROMOVER E REALIZAR ACTIVIDADES DESAÚDE, DE FORMA EFICAZ E EFICIENTE.

— COOPERAREI COM AS AUTORIDADES PÚBLICAS NA APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE QUE REFLECTA AS DECISÕES DEMOCRÁTICAS DO POVO.

— FAREI TODOS OS ESFORÇOS PARA ME MANTER BEM INFORMADO QUANTO AOS PROGRESSOS DOS CONHECIMENTOS MÉDICOS E DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE.

— COMO CIDADÃO SOCIALMENTE CONSCIENTE, ESTAREI SEMPRE ATENTO AOS RISCOS DE SAÚDE PROVENIENTES DO MEIO AMBIENTE (FÍSICO, QUÍMICO, BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO, SOCIOECONÓMICO), DAREI A MINHA CONTRIBUIÇÃO PARA A SUA REDUÇÃO, ELIMINAÇÃO E PREVENÇÃO E FAREI QUANTO PUDER PARA PROMOVER A SAÚDE E O BEM ESTAR DA POPULAÇÃO.

Pensamos que os princípios advogados no Código de Ética Médica (1980) de Roemer devem, pelo menos, merecer a nossa atenção (Quadro III).

As necessidades em constante evolução da Saúde Pública dos nossos dias, os progressos científicos e tecnológicos das últimas décadas (no campo da Medicina, como no de outras ciências) e as realidades económicas, culturais e sociais dos diferentes povos e comunidades, em diferentes níveis de desenvolvimento, com diferentes recursos, possibilidades e costumes, impõem aos médicos de hoje — sobretudo aos que se preparam agora para a clínica — que meditem bem nos princípios que Roemer nos propõe na sua nova versão de um Código de Ética e Responsabilidade Médica.

Pensamos, por isso, que seria interessante e provavelmente útil discutirmos hoje, aqui, nesta reunião sobre «Responsabilidade Médica e de Controlo de Qualidade», a relevância social e as orientações propostas por cada um dos Códigos Deontológicos referidos nesta breve comunicação: o de Hipócrates, formulado quatro séculos antes de Cristo, na Ilha de Kós, o que a Associação Médica Mundial propôs em 1948 em Genève, por adaptação do Código Hipocrático à linguagem moderna e, enfim, o Código que o Professor Roemer, da Universidade de Los Angeles, nos propõe para os últimos 15 anos deste século.

Como muito bem disse o Dr. Paulo Mendo, no artigo acima citado¹, «perante esta realidade (isto é, a realidade socioeconómica e psico-cultural dos nossos dias) é imperioso que os médicos não se encerrem na defesa de um universo “singular”, para si próprios, onde só os seus pares tenham que prestar contas, que não assumam a posição corporativa de “nós” e “eles”. O que importa, sim, é que debatam o problema da responsabilidade profissional como membros de uma comunidade mais lata, perante a qual *somos todos responsáveis* (*)».

Porque infelizmente isso nem sempre se tem verificado, com a frequência, a participação, a seriedade e a profundidade desejáveis, é sem dúvida apropriado aproveitar oportunidades como esta para se reflectir, em grupo, sobre estes importantes problemas e suas implicações sociais (no sentido mais lato do termo). Trata-se, na realidade, de problemas que, se começaram por dizer respeito, sobretudo, aos médicos e aos responsáveis pela saúde pública ou comunitária, envolvem hoje, também, os clínicos e dizem afinal respeito a *toda a classe médica* e ao exercício da Medicina e da Saúde Pública nas sociedades que se aproximam vertiginosamente do termo do segundo milénio depois de Cristo.

(*) O sublinhado é nosso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Apenas em relação com os comentários do presente texto).

1. PAULO MENDO, A., *A responsabilidade profissional dos médicos*, «O Médico», 111 (n.º 1704): 88; 1984.
2. CAYOLLA DA MOTTA, L., *Avaliação de serviços de saúde e de cuidados médicos*, «O Médico», 66 (n.º 1126): 924; 1973.
3. CAYOLLA DA MOTTA, L.; COELHO, Aluísio; BALTÉ, H., *Alguns métodos de avaliação sistemática de cuidados médicos*, «O Médico», 76 (n.º 1247): 7; 1975.
4. Jornadas de Administração Hospitalar, Lisboa, 1985. (Em publicação nas respectivas Actas).
5. ROEMER, Milton I., *Medical ethics and education for social responsibility*, «World Health Forum», 3 (n.º 4): 357; 1982.

Pedido de Separatas: L. Cayolla da Motta
Escola Nacional de Saúde Pública
Lisboa

(*) Professor M.I. Roemer, in *World Health Forum*, 3: 357, 1982. Trad. de L. Cayolla da Motta.