

ÉTICA MODERNA

Algumas Considerações em Particular da Experiência Hospitalar

CARLOS NEVES

Serviço de Cirurgia Geral. Hospital de S. Francisco Xavier. Lisboa

RESUMO

A ética moderna assenta em quatro princípios básicos que são revistos sucintamente. A evolução histórica da instituição hospitalar é analisada quer do ponto de vista organizativo quer do ponto de vista da sua função social. Apresentam-se, em seguida, breves considerações sobre a relação doente/hospital, experimentação clínica e consentimento esclarecido, confidencialidade e progressos tecnológicos. É discutida a problemática do fim da vida do doente hospitalizado, nomeadamente as ordens de não reanimação.

SUMMARY

Modern Ethics. Some Considerations, Particularly of Hospital Experience.

The four basic principles of modern medical ethics are presented and discussed. The historic evolution of the hospital is analysed concerning the organisation and the social function of the hospital. The author presents some considerations about the relation between the patient and the hospital, clinical investigation and informed consent, confidentiality and technological progress. The problems of the end-of-life of the hospitalised patient is discussed, with an overview of the do-not-resuscitate orders.

INTRODUÇÃO

A ética médica assenta no pressuposto do valor fundamental da vida humana.

A constante procura de soluções éticas para os problemas da prática clínica, decorre naturalmente do conceito moral do que está certo e errado, do que é bom e do que é mau.

O crescente interesse pelos problemas da ética médica, e em particular da ética hospitalar, tem por base essencialmente três ordens de razões :

- as alterações introduzidas ao longo dos anos na função social e no sistema organizativo do Hospital;
- os progressos tecnológicos biomédicos;
- as transformações sociais, políticas, económicas e jurídicas, com as inevitáveis modificações nas teorias da

filosofia da moral.

As considerações que se seguem traduzem algumas das questões éticas com que nos deparamos no dia a dia da prática clínica hospitalar.

DOS PRINCÍPIOS DA ÉTICA MÉDICA

Durante séculos os médicos exerceram a clínica baseados nos conceitos morais definidos no Juramento de Hipócrates, e onde estavam expressas as virtudes e as obrigações dos profissionais de Medicina: o respeito e reconhecimento pelos seus mestres, o conceito de confraternidade médica, o respeito pela vida humana, o exercício da profissão com consciência, o segredo profissional, o compromisso de tratar os doentes independentemente da sua raça, das suas convicções religiosas,

políticas ou filosóficas¹.

O código Hipocrático, baseado essencialmente numa atitude paternalista do médico para com o doente, tornou-se insuficiente perante as alterações das teorias da filosofia moral que reconhecem e fomentam os direitos dos doentes.

Actualmente a Ética Médica moderna tem por base os quatro seguintes princípios:²⁻⁴

- O da Beneficência e da Não Maleficência que estão perfeitamente expressos no Juramento de Hipócrates e traduzem a clara definição de que o médico deve actuar no melhor interesse do doente e de não lhe fazer mal. Na defesa destes princípios tem o médico de se precaver contra a obstinação terapêutica não mobilizando meios tecnologicamente avançados quando é previsível, sob o ponto de vista científico, que não se vão obter os benefícios esperados. Assim, e particularizando nos doentes terminais, as atitudes terapêuticas deverão estar subordinadas à autonomia, à dignificação da morte e ao grau de sofrimento do doente.

- A Justiça diz respeito à problemática do acesso aos serviços de saúde pelo cidadão comum e à sua equidade. Em Portugal e de acordo com as Bases do Serviço Nacional de Saúde, a equidade está consignada (Base 1 e 2), e portanto pelo menos na legislação, o princípio da Justiça está garantido aos cidadãos portugueses. A introdução de novas tecnologias em medicina levanta sempre novas questões sobre a hierarquização das prioridades e sobre a selecção dos doentes que irão beneficiar das referidas novas tecnologias. Estas novas tecnologias acarretam, para além do mais, um inevitável aumento dos custos e levantam questões da esfera das grandes opções sociais e políticas.

- O princípio da Autonomia é, destes quatro, o mais discutido e o menos universalmente aceite, pela classe médica. Nos países de língua anglo-saxónica este princípio foi implementado e praticado desde os anos setenta; na Europa continua a ser muito discutido, seguramente pelo facto de permitir na sua formulação um conflito constante com os princípios da Beneficência e da Não Maleficência. Ao contrário das bases dos princípios hipocráticos, autoritários e paternalistas, o princípio da Autonomia confere ao doente o direito de participar nas decisões clínicas em conjunto com o seu médico. É deste princípio que deriva directamente o direito à informação detalhada da sua situação clínica, assim como o conceito do consentimento esclarecido. Dito de outra forma, o clínico não pode nem deve impor os seus princípios filosóficos, os seus interesses científicos nem o seu conceito de qualidade de vida, aos conceitos do seu doente.

Analísamos sucintamente os quatro princípios da ética médica; qualquer um deles não contém na sua formulação a metodologia para a sua aplicação prática. Assim, pensamos que para a sua aplicabilidade nos casos concretos da prática clínica a metodologia a empregar deverá ser a do método clínico, um misto de raciocínio dedutivo, raciocínio indutivo e da lógica cartesiana.

DO HOSPITAL

*A Sociedade acaba por criar as instituições necessárias ao seu funcionamento.*⁵

A evolução histórica dos hospitais acompanhou a história social e as sucessivas evoluções tecnológicas.

Já na sociedade grega estão descritos locais para o acolhimento de enfermos e feridos de guerra e que terão sido, muito provavelmente, os embriões dos hospitais militares. Na Idade Média, e na dependência das Ordens Religiosas, surgem por toda a Europa os Hospitais Religiosos, que desempenharam um papel fundamental perante as pandemias da época. Só no presente século surge o Hospital Público na dependência directa da Administração Estatal.

Até ao século XVII o hospital foi predominantemente uma instituição de assistência aos pobres e ao mesmo tempo de exclusão social para tentar controlar as epidemias. No século seguinte o hospital passa a ser concebido como instrumento de cura e também de formação médica.⁶ Actualmente e segundo o conceito da OMS *o hospital é uma parte integrante da organização médica e social cuja missão é proporcionar uma assistência médica completa, tanto curativa como preventiva. É também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação bio-social.*

Sob o ponto de vista organizativo o Hospital passou por sucessivas etapas, do hospital-caridade ao hospital-empresa. O hospital-caridade com pessoal voluntário, sem formas próprias de financiamento dependia completamente dos donativos que recebia. Surgiram posteriormente o hospital-beneficência, o hospital-assistencial e mais recentemente o hospital-empresa.

O envelhecimento da população com uma crescente necessidade de serviços médicos, as despesas em crescimento exponencial das instituições públicas de saúde, levaram à aplicação nos hospitais dos métodos de gestão que se revelaram úteis na actividade empresarial. A gestão dos recursos hospitalares quer os económicos, quer os físicos, quer os humanos, tornou-se numa disciplina complexa.

A análise final dos resultados da actividade hospitalar não pode ser exclusivamente realizada em termos de

máxima rentabilização e muito menos em termos meramente estatísticos. Seguramente, que nesta análise, dever-se-á ter em conta os princípios éticos médicos, sob o risco de se cair numa avaliação exclusivamente tecnocrata.

Caberá sempre ao médico, enquanto clínico, avaliar o custo-benefício, o custo-eficácia e o risco-benefício de cada um dos seus actos, quer diagnósticos quer terapêuticos.

DA RELAÇÃO DOENTE/HOSPITAL

Como vimos, o Hospital é uma das peças de um Sistema Integrado de Saúde.

Quando um doente recorre ao Hospital, este deverá ser capaz de lhe proporcionar uma resposta adequada por forma a que o doente esteja o mínimo de tempo internado ou dependente deste, para que se possa manter integrado na família, na sua vida social e profissional.

Quando o doente chega ao Hospital tem de ultrapassar uma barreira administrativa, por vezes complexa, para ser identificado, classificado, numerado, para só depois ser observado pelo médico, finalidade primária que levou o doente ao hospital. O acto médico, *primum movens* da vinda do doente ao hospital, surge assim no fim de uma longa e por vezes perplexizante cadeia burocrático-administrativa.

Se nas situações electivas o doente pode, pelo menos teoricamente, escolher o seu médico, nas situações de urgência esse direito é-lhe completamente vedado.

DA EXPERIMENTAÇÃO CLÍNICA E DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Do princípio da Autonomia atrás enunciado decorre directamente o conceito do consentimento esclarecido. Este assenta no pressuposto de que o doente é capaz de compreender toda a problemática da sua doença e de assim ser capaz de tomar uma decisão em conjunto com o seu médico.⁴

Nestas situações o juízo ético põe-se na capacidade que o doente tem para compreender e analisar a natureza do diagnóstico ou da terapêutica, dos riscos e dos benefícios, das eventuais alternativas e das suas consequências.

Para que o consentimento esclarecido não se transforme num mero simulacro, que se traduz em termos práticos na assinatura de um formulário, é preciso que a questão agora enunciada seja completamente clarificada perante o doente.

Uma outra forma de abordar esta questão, é a de pressupor que, quando o doente procura o médico, a relação

que se estabelece entre estes assenta no consentimento presumido. As situações de urgência/emergência são bem o exemplo onde este pressuposto se aplica.

Nos casos do doente incapacitado para tomar estas decisões, elas devem ser discutidas com a sua família directa e ou representante legal.

DA CONFIDENCIALIDADE/PRIVACIDADE

*Neste mundo desapiadado e devassado não há mais lugar para o sofrimento íntimo, recolhido, que os bichos ainda podem sentir na toca. Agora, já ninguém é dono do seu pudor. Somos públicos e baldios.*⁷

Um dos pontos básicos em que assenta a relação doente/médico é a confidencialidade. O médico tem a obrigação de defender a privacidade do seu doente. Nunca poderá fornecer dados que tem em seu poder sem o consentimento expresso daquele, exceptuando-se naturalmente as situações em que a lei a tal o obriga.⁸

Num hospital, em que todos os gestos quer diagnósticos quer terapêuticos resultam de uma verdadeira rede humana constituída por diferentes estratos profissionais, a fuga de informação é fácil. Importa pois que o hospital introduza no seu normal funcionamento mecanismos que garantam a confidencialidade e privacidade aos seus doentes.

Os doentes têm o direito inalienável de saber o que consta dos seus processos.

Se sob o ponto de vista legal o processo é pertença do Hospital, sob o ponto de vista ético o seu conteúdo é propriedade do doente.⁴

DOS PROGRESSOS TECNOLÓGICOS

As evoluções da ciência pura estão numa fase de crescimento exponencial. A sua aplicação na prática clínica faz-se à velocidade própria dessas novas tecnologias.⁹

Os problemas éticos que as novas tecnologias levantam, não estão tanto nas tecnologias em si mesmas, mas antes na forma como são ou serão aplicadas na clínica.

Em Portugal, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, é o órgão oficial que a nível nacional é responsável pela análise das questões levantadas pelas novas tecnologias biomédicas, e com a obrigação de encontrar os consensos moralmente aceites para todas as questões éticas levantadas pela introdução destas novas tecnologias.

A evolução tecnológica saldou-se, para além do mais, numa subespecialização do médico hospitalar; não raramente estes clínicos, sobrecarregados de trabalho altamente diferenciado sob o ponto de vista técnico, dispõem

cada vez menos tempo para ouvirem os seus pacientes enquanto pessoas doentes.

DO FIM DA VIDA^{4,10,11}

*Morrer com dignidade é viver a própria morte como um acontecimento biológico natural. É fácil para os simples e os sábios. É difícil para o comum dos homens.*¹²

No princípio deste século a maioria dos cidadãos morria na sua própria casa. Hoje em dia, acontece exactamente o contrário. Esta transição levantou várias questões éticas em que se voltam a confrontar o papel do médico enquanto técnico de saúde e a autonomia do cidadão enquanto doente.

Dos Hospícios

Sob o ponto de vista médico o doente considera-se terminal quando a sua morte é previsível nos próximos 3 a 6 meses.

Nalguns países da Europa e para tratar e cuidar destes doentes criaram-se os Hospícios - hospitais funcionalmente vocacionados para tratar destes doentes e ajudar as suas famílias perante o dualismo da vida e da morte. São instituições vocacionadas para a dignificação da morte, e que no nosso entender urge criar em Portugal.

Das Ordens de Não Reanimação¹³⁻¹⁶

*Ao cuidar do sofrimento do Homem temos de consciencializar claramente que nem tudo o que é possível deve ser feito*¹⁷

Nos anos 60 foi introduzida na prática clínica a massagem cardíaca externa e a ventilação artificial. Hoje em dia estas medidas de reanimação são amplamente utilizadas e podem ser aplicadas em qualquer doente antes da sua morte.

A utilização da Reanimação Cardio-Respiratória (R.C.R.) em doentes em estadio terminal ou naqueles doentes que apresentam situações patológicas medicamente irrecuperáveis levantaram a questão se as medidas de reanimação deveriam ser aplicadas de uma forma sistemática a todos os doentes com paragem cardio-respiratória.

Assim e ainda nos anos 70, os hospitais começaram a publicar um conjunto de normas em que se definiam as situações nas quais as medidas de R.C.R. não se saldavam em benefício para o doente; estas normas são genericamente designadas por Ordens de Não Reanimação (**O.N.R.**).

Entende-se pois por **O.N.R.** a ordem que desaconselham qualquer medida de Reanimação Cardio-Respiratória (massagem cardíaca externa, desfibrilhação, uso

de drogas cardiogénicas emergentes, intubação com ventilação artificial). Assim sendo as ONR não implicam a paragem dos cuidados médicos em curso mas apenas proscvem a realização de manobras de reanimação cardiovascular.

Assim a **O.N.R.** só deve ser prescrita, uma vez analisadas as seguintes premissas e normas:

O doente tem uma patologia em que se forem aplicadas as medidas de Reanimação Cardio-Respiratória, com grande probabilidade (a "certeza" dos fenómenos biológicos) estas não irão ser eficazes; porém, e no caso de o serem, o prolongamento da vida será transitório, e com grande limitação da qualidade de vida (ex.: estado de vida vegetativo, estadio terminal de doenças neoplásicas, situações patológicas para as quais se esgotaram as capacidades terapêuticas).

Dever-se-á ter em conta, e antes da prescrição da **O.N.R.**, as características psicológicas do doente e/ou a sua vontade expressa.

DAS COMISSÕES DE ÉTICA HOSPITALAR

Só um comentário sobre a nova lei das comissões de Ética (Decreto-Lei nº97/95 de 10 de Maio). É, no nosso entender, o reconhecimento pela nossa Sociedade civil da importância da ética médica na vida hospitalar.

Convictamente desejamos que assumam o papel de fórum de discussão dos inúmeros problemas éticos que a prática clínica nos põe no dia a dia. Assim, defendemos claramente que a sua actividade não se deverá, nem se poderá, esgotar na análise dos projectos dos novos ensaios clínicos propostos para o hospital; armadilha em que tenderão a cair, se não definirem expressamente objectivos práticos mais amplos como o do intercâmbio de informação e experiência entre comissões de vários hospitais e o da formação em ética dos profissionais de saúde do seu hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. LOPES R: O médico e as exigências morais da sua profissão. Coimbra Médica 1958; 5:399-417
2. PELLEGRINO E: The metamorphosis of medical ethics. JAMA 1993; 269: 1158-1162
3. CABRAL R: Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça In Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald eds, Bioética, Verbo 1966 Chap 1: 53-58
4. American College of Physicians - Ethics Manual. Annals of Internal Medicine 1992; 117: 948-960
5. ALDEGUER PY: Evolución histórica de los hospitales In J. L. Temes, V. Pastor, J. L. Diaz eds Interamericana 1992 Chap 1: 1-6
6. FOUCAULT M: Historia de la medicalización Conferência no Instituto de Medicina Social 1974 Universidade Estatal de Rio de Janeiro Brasil
7. TORGA M: Diário vol. XVI 1993: 19

13. EMANUEL L, BARRY M, STOECKLE J: Advance directives for medical care NEJM 1991; 324: 889-895
14. Grupo de trabalho para estudo das ONR-HSFX. Trabalho não publicado.
15. Council on Ethical and Judicial Affairs of American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate Orders. JAMA 1991; 265: 1868-1871
16. BAKER R: The ethics of medical futility Critical Care Clinics 1993; 9: 575-584
17. FERNANDES B: Ética e valores humanos. Rev. da Ordem dos Médicos 1991; Março:68
8. GOSTIN L, TUREK-BREZINA J, POWERS M: Privacy and Security of Personal Information in a New Health Care System JAMA 1993; 270: 2487-2493
9. LOPES R: Perspectivas da ética médica nos anos 90 Acta Médica Portuguesa 1994; 7: 501-507
10. Council on Ethical and Judicial Affairs of American Medical Association. Decisions near the end of life JAMA 1992; 267: 2229-2233
11. MENDEZ O: Death in America: a clinician's perspective. Critical Care Clinics 1993; 9: 613-626
12. SERRÃO D: O doente terminal. Geriatria 1990; 3:35-38