

ASPECTOS PRÁTICOS DA ÉTICA MÉDICA

A. COUTINHO DE MIRANDA
Hospitais Civis de Lisboa. Lisboa

Pode o exercício da Medicina não se harmonizar com o foro íntimo de cada um, nomeadamente a sua atitude perante a vida e mesmo as suas convicções profundas, como a fé religiosa, tanto do doente como do médico. A escolha do melhor caminho pode no entanto transcender a Medicina, e necessitar uma discussão pública alargada e mesmo um referendo às populações. Trata-se em regra de situações que, embora relacionadas com a tecnologia médica, pretendem actuar sobre a vida e a morte como a manipulação genética, clonagem, interrupção da gravidez, eutanásia.... Não é este tipo de situações, que vai ser discutido a seguir, mas antes, aqueles problemas concretos que surgem no relacionamento quotidiano médico-doente, que tem lugar num cenário melhor definido (domicílio do doente, consultório médico, hospital), que têm consequências mais imediatas e que a nível individual poderão ser mais importantes que as situações anteriormente referidas. Numa segunda parte, serão brevemente referidas algumas circunstâncias que conferem uma nova dimensão ao cenário descrito, tais como a visita domiciliária e a prescrição, a baixa, a privacidade do internado, o horário médico e a própria morte.

São muitos os obstáculos podendo surgir no cenário natural da entrevista médica, como um curto levantamento poderá mostrar. Muitos males seriam evitados por uma gestão mais esclarecida, uma menor rigidez burocrática e uma maior responsabilidade, autoridade e autonomia médicas.

- O doente tem possibilidades autênticas de rapidamente chamar o médico ao domicílio, consultar o clínico no consultório e recorrer ao internamento hospitalar (?)
- O doente pode escolher o seu médico (?)
- É bom, ou pelo menos aceitável, o acolhimento de quem o atende no consultório ou no hospital (?)
- A marcação de consultas é rápida e simples (pelo telefone, p.e.) ou continua a depender de filas de espera a horas impróprias e que voltam a repetir-se no dia da consulta (?)
- O já reduzido tempo de consulta é dispendido pelo médico a ouvir, observar, avaliar e orientar o seu doente ou é em grande parte utilizado a preencher receitas e diversos impressos sem o apoio desejável de um secretariado (?)
- O médico hospitalar está ou não sobrecarregado de tarefas que poderiam ser executadas por um secretariado (geralmente inexistente) e sob dependência médica (?)

- É possível reduzir as penosas formalidades administrativas que têm lugar antes, durante e depois das consultas e do internamento (?)
- O internamento é simples e as suas condições de humanização são boas com instalações dignas (ventiladas, bem iluminadas, a uma temperatura agradável, com as comodidades essenciais) e dotadas dos apoios indispensáveis (lazer, jurídico, social e religioso) (?)
- O recurso ao especialista (do internado e sobretudo do ambulatório) é rápido, com as formalidades reduzidas ao mínimo de modo a não provocar confusões no idoso, geralmente o grande necessitado (?)
- O acesso aos medicamentos está facilitado, inclusive na própria farmácia hospitalar quando o doente tem alta ou é atendido na consulta ou urgência (?)
- O segredo profissional não está excessivamente exposto com as tarjetas utilizadas nas requisições de análises, na prescrição medicamentosa ou na custódia das fichas clínicas (?) nomeadamente em relação à informática (?) ou será que a privacidade do doente está suficientemente protegida (?)
- Como acertar a classificação dos médicos em *bons* e *maus* conforme o *perfil* de prescrição, sendo que o *bom* para o gestor corresponde ao *mau* do industrial farmacêutico, e vice-versa (?) com eventual subversão por ambos da hierarquia médica (?)
- Existem condições hospitalares e do ambulatório para o aperfeiçoamento contínuo do médico (?)

Não é novidade que, na sua generalidade, estas questões, não obstante as intenções e os elevados gastos com a Saúde nos últimos 20 anos, penalizam o doente, desprestigiam o acto médico e não dignificam o gestor.

Existem ainda certos tipos de actividade que se podem desenvolver a partir da entrevista médica (em casa, no hospital ou consultório) e introduzir novas dimensões, tais como, a visita domiciliária, a concessão da baixa clínica, a prescrição, a privacidade do doente, o horário do médico e mesmo a morte do paciente, merecedores de um breve comentário.

Actualmente e no âmbito dos Serviços de Saúde são raras as *visitas domiciliárias*. Embora a diminuição deste tipo de actividade traduza uma tendência não exclusivamente portuguesa, a questão que se levanta prende-se com a assistência do acamado ou do idoso mesmo com um grau razoável de independência. Trata-se dum retrocesso relativamente aos antigos Serviços Médico Sociais da Previdência, dotados de um razoável serviço domiciliário. É além disso um fenómeno denunciado pelo próprio significado da palavra *clínico*, cuja origem grega se refere a *cama* ou *acamado*.

A concessão de *baixa clínica* pode constituir outra causa de perplexidade. Quando se propõe uma baixa exerce-se um acto médico que é também um acto administrativo a que não faltam os clássicos impresso e duplicado. A baixa pode ser geradora duma desconfiança em surdina mas em uníssono, do Governo que deixa de receber os descontos ao ordenado do doente e se vê na contingência de lhe pagar a *baixa*; e da entidade empregadora que se vê privada de um elemento de trabalho. Pode além disso, introduzir no relacionamento com o doente um factor de desentendimento devido ao duplo papel do médico que é algumas vezes confrontado com uma chamada ao domicílio de doentes já vistos e medicados, *só para dar a baixa* justificativa. São também conhecidos casos de

ameaça, agressão do médico.

Outro problema corrente é o da *baixa prolongada*. É um processo complexo no qual intervêm a Junta Médica que vai por em causa a decisão do médico assistente; o Governo, que nomeia a Junta Médica e controla a efectividade da baixa por meio de fiscais; a organização do sistema que não contempla a recuperação do doente noutros sectores profissionais conforme as suas reais aptidões; a entidade empregadora, que eventualmente poderá contratar outro empregado; o fundo do desemprego que só garante ao doente um tempo limitado de incapacidade; e o político que procura atribuir ao médico a responsabilidade pela situação.



Deste modo o clínico pode, em certas circunstâncias, entrar em desentendimento com o próprio doente, com a entidade empregadora ou com vários departamentos do governo. Pode mesmo ser conduzido a um beco sem saída, quando por exemplo uma Junta Médica deu alta compulsiva a alguém que ficou privado de qualquer solidariedade social. E ser assim tentado a assumir uma posição moralista, dar uma nova baixa ao doente e reiniciar um novo processo com um conflito em perspectiva.

Ao elaborar a *prescrição* surgem não raramente situações embaraçosas em resultado de alguns pedidos dos doentes, que eram frequente há 30 anos, ainda se repetiam há quatro anos e continuavam provavelmente a reproduzir-se na actualidade. Trata-se em regra de um casal idoso em que só um dos conjugues está inscrito na consulta e com pedidos que podem contrariar as normas regulamentares: “olhe que eu preciso de mais embalagens para pagar à farmácia... não ponha a data pois agora não tenho possibilidade ... não se esqueça de pôr embalagem grande... passe lá as gotas para os olhos pois ainda estou à espera da consulta de oftalmologia... o meu marido não está

inscrito mas também precisava de novos medicamentos! Que atitude adoptar se a receita deve ser datada, o beneficiário não está inscrito na consulta, o medicamento foi receitado por outro especialista, o número de embalagens deve ser limitado (?)

Além disso a prescrição médica coloca hoje questões delicadas entre o industrial farmacêutico e o médico. Entre ambos, e para pleno benefício do doente, deverá desenvolver-se uma relação íntima mas isenta e independente. Não raramente outros quadrantes da vida pública confundem a argumentação farmacêutica com esforços de corrupção e a prescrição do medicamento pelo médico com a complacência do corrompido.

É, deste modo surpreendente que a profissão, não obstante os ataques a que é regularmente submetida, mantenha um *elevado nível de aceitação* junto das populações. Um inquérito recente DN / TSF / Universidade Moderna e cujas conclusões foram reproduzidas na restante imprensa e na Revista da Ordem dos médicos (1998:14:2:8), mostra que a excelente confiança que desfruta tem uma pontuação percentual (85), que é superior à dos políticos (30.9), aliás e de modo muito preocupante, a pior classificação entre as dez profissões analisadas; que é confortavelmente superior em relação a profissões de prestígio como a dos juizes (64.7); e que só é ultrapassada, de modo imperceptível, pela dos professores (85.1).

Uma situação preocupante do Hospital público conducente a incompreensão respeita as condições de internamento. O próprio internado pode, por outro lado, prejudicar física e psicologicamente os outros doentes da Enfermaria pelo seu comportamento, pelo seu sofrimento, e mesmo pela própria morte. O quarto individual é hoje necessário por, pelo menos quatro razões: salvaguarda a privacidade do internado; dificulta o contágio das doenças transmissíveis; assegura a dignidade da pessoa, com reflexo em coisas tão simples como a possibilidade de receber os familiares, ou tão definitivas como a própria morte; cria boas condições de *competitividade* do hospital, o que é muitas vezes invocado e raramente estimulado. É difícil compreender que não se tenha tido atenção a este imperativo, na construção de novos e recuperação de antigos hospitais.

Uma preocupação obsessiva do gestor menos esclarecido é o *horário médico* que é por vezes controlado ao segundo. Sem entrar neste detalhe e em termos gerais, o que é variável conforme a vocação do Hospital, o internista possui semanalmente a seguinte carga horária: 12 horas de Urgência Externa alargada em regra por mais 12 horas; 6 horas semanais (em média) de Urgência Interna; 12 horas em Cuidados Intensivos, ou seja um total que excede as 40 horas. Como pode ele conciliar com as restantes horas disponíveis, as suas múltiplas funções junto do internado tais como: diagnóstico e terapêutica quando entra na Enfermaria, acompanhamento e rectificação diárias do diagnóstico e tratamento, registo da história e diário clínicos bem como dos exames complementares, elaboração das notas de internamento e de saída, obtenção de biópsia e outros produtos patológicos, pedidos de análises, contacto com diferentes especialidades, acompanhamento do doente para certos exames complementares, atendimento de familiares, discussão clínica, visita clínica, 2 - 3 sessões semanais de consulta externa, consulta bibliográfica, actualização médica, preparação de trabalhos científicos, participação em congressos...

Uma questão para a qual não existe por vezes uma legislação apropriada, e que provavelmente nunca poderá existir é a da *morte*. As situações excepcionais vão sendo resolvidas conforme vão surgindo e cada caso merece uma actuação particular.

Algumas vezes, escondem-se por detrás de fórmulas feitas como *chegado cadáver ao hospital* ou *cadáver quando visitado no seu domicílio* e torna-se delicado preencher a certidão de óbito. Também pode ser de difícil ponderação, em termos de vida e de morte, a actuação clínica em alguns pacientes com doença degenerativa ou neoplásica muito avançadas, relativamente ao início, insistência ou omissão terapêuticas. É interessante realçar, no que se refere a um terceiro grupo de situações, que a idade, anteriormente factor de exclusão na indicação de certos actos terapêuticos

(p.e. diálise, implantação de *pace-maker* ou mesmo heparinoterapia), não tem hoje a mesma carga negativa de exclusão, de há uns anos.

Qual o interesse prático em referir na sua vertente ética algumas das circunstâncias do trabalho do médico? Uma primeira razão para recordar que estas circunstâncias existem, reflectem muitas vezes *valores* a defender e, não raramente condicionam a dignidade e sobretudo o êxito da actuação médica. A segunda razão para lembrar com alguma perplexidade que, não obstante a abundância de recursos postos à disposição da gestão nos últimos 20 anos, a quase totalidade das situações precárias referidas ainda está por resolver, o que levanta diversas questões adicionais. A terceira razão tem a ver com a própria medicina - a natureza e fins a que se propõe, os meios muito específicos de que se serve, a dedicação que impõe a quem a serve e a obrigação de aperfeiçoamento contínuo que exige terão que se definir dentro de uma hierarquia própria (independente do poder político) plenamente responsável e com a máxima autonomia. A última e principal razão tem a ver com as necessidades do doente. Ele é afinal a razão de ser do sistema, mas a perenidade das suas dificuldades faz duvidar que seja o seu principal beneficiário.

N.A.: Desenho efectuado pela colega Susan Marum, a quem o autor agradece a prestimosa cooperação.