

O MÉDICO PERANTE A EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES ÉTICAS DO NOSSO TEMPO

NUNO FELIX DA COSTA

Instituto de Psicologia Médica. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

RESUMO

A deontologia médica constituiu-se na subordinação do desempenho clínico aos interesses do doente, tal como surgem na relação médico-doente. A natureza ética do conceito de saúde foi acentuada em definições positivas de saúde, como a da OMS, que estabelecem objectivos para a intervenção clínica que ultrapassam muito o efectivo poder do médico. A prossecução destes objectivos obrigará à revisão dos curricula dos cursos de Medicina.

É feita uma caracterização dos valores contemporâneos prevalentes e da forma como a Medicina se lhes adequou: a sobreespecialização e a conseqüente modificação na imagem social do médico ligada à tecnocratização de muita da actividade clínica, a tendência ao aumento dos custos e à interferência de gestores não médicos nas decisões clínicas, a querulância causídica, as transgressões do sigilo médico são aspectos considerados. O desenvolvimento social e tecnológico não cessa de criar novos problemas éticos em que os princípios morais do médico podem ser confrontados com as solicitações do doente em situações de difícil decisão. A anticoncepção e o aborto, a engenharia genética, os transplantes e a atribuição de recursos escassos, a expansão das toxicodependências, os novos aspectos da eutanásia são exemplos de problemas com que, frequentemente, os clínicos, hoje, deparam.

SUMMARY

The doctor confronted with the evolution of ethical concepts of our time

Medical ethics institutionalized with clinical activities being determined by the patient's interests as they developed in the doctor-patient relationship. The ethical nature of the health concept was emphasized in the positive definitions of health such as the one by the W.H.O.. The established goals for clinical intervention surpass the effective medical capabilities. The curricula of medical schools will have to be reviewed in light of these goals. We characterized the contemporary values and the way Medicine has adapted to them: Superspecialization and doctors' change in social image brought about by the impact of technocracy in clinical activities, increasing costs of medical care, the interference of non medical managers in the process of clinical decision, litigation and breaches of confidentiality. Technical and social developments lead to new ethical problems in which the moral principles of the doctor can be confronted with patients' demands in situations of difficult choice. Contraception, abortion, genetic engineering, transplants, allocation of scarce resources, the expansion of drug dependency and euthanasia are examples of problems that clinicians frequently face today.

O MÉDICO PERANTE A SOCIEDADE

A expectativa social do médico poder, através de um saber que sempre foi hermético, curar ou aliviar o sofrimento, conferiu-lhe um estatuto e um poder especiais em todas as sociedades e em todos os tempos. O poder de curar cria um ascendente sobre o outro, o interlocutor que sofre, virtualmente qualquer cidadão, donde a dimensão social desse poder com expressão, designadamente, nos vultuosos orçamentos da saúde contemporâneos. O poder do médico foi sempre regulado por códigos que o médico se

comprometeu, perante a sociedade, a respeitar em todos os momentos da sua prática. Estes códigos tem estabelecido regras que harmonizam interesses na relação médico-doente pela subordinação do saber médico à defesa da saúde do doente.

Em todas as situações históricas em que outros sistemas de valores se sobrepuseram à deontologia médica os resultados foram desastrosos. Na Alemanha nazi a introdução de valores como a "higiene racial", a "eliminação da vida indigna de vida" e de fórmulas como "o direito individual à integridade física sujeita-se ao primado da autoridade do

Estado quanto à vida, matrimónio e família” (Ernst Rudin) permitiu o extermínio pelos nazis, de início, de cerca de 100.000 doentes mentais a que se seguiram todos os grupos sociais não teutónicos^{1,2}.

Moses ben Maimon mais conhecido por Maimonides foi um médico judeu natural de Córdoba que exerceu em Marrocos e no Egipto no século XII (Fig. 1). A sua oração é um texto exemplar da deontologia médica.



Fig. 1 Hipócrates, médico grego activo na ilha de Cos no séc V AC.

Oh Deus deixa que a minha mente esteja sempre clara e lúcida. À cabeceira do meu doente não deixes que nenhum pensamento a desvie. Deixa que tudo o que a experiência e o ensino me trouxeram esteja presente nela e nada se interponha no seu curso tranquilo. Porque grande e nobre é o juízo científico que visa preservar a saúde e a vida das Suas criaturas. Afasta-me da ilusão de que consigo tudo. Dá-me força, vontade e oportunidade para ampliar os meus conhecimentos cada vez mais. Consigo perceber coisas hoje que antes nem sonhava... ..

Os ensinamentos de Hipócrates (ano 400 AC) influenciaram profundamente a Medicina através dos séculos (Fig. 2). O *Corpo Hipocrático* que marcou a escola da ilha de Cos, reunia os escritos que lhe eram atribuídos e, entre eles, o juramento de Hipócrates pelo qual o médico promete submeter todos os seus esforços ao interesse do doente, designadamente, a prescrever o melhor tratamento que estiver ao seu alcance, a nunca fornecer drogas venenosas mesmo se for solicitado, a não fazer abortos, a abster-se de contactos sexuais ou de qualquer forma de corrupção com os seus doentes, a guardar segredo do que vir ou ouvir sobre os seus doentes, ainda, a respeitar os seus mestres como ao próprio pai e a, sem reservas, passar os seus conhecimentos



Fig. 2 Retrato com autógrafo de Moses ben Maimon, médico judeu natural de Córdoba (1135-1204) activo em Espanha e no Egipto

aos estudantes de Medicina. Em 1948 a Convenção de Genebra adopta para a profissão médica um juramento cujos termos seguem os hipocráticos. O conceito de Saúde da O.M.S. contudo visa muito mais do que a ausência de sofrimento ou de sintomas de doença e envolve o médico na criação de condições para uma harmoniosa integração do seu doente no ambiente sócio-familiar e ecológico.

Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, meramente, a ausência de doença ou enfermidade.

W.H.O. 1948

A Declaração de Hawaii da Associação Mundial de Psiquiatria atribui à Psiquiatria o objectivo de promover a autonomia e o crescimento pessoal. Responsabiliza, ainda, o psiquiatra pela investigação e a educação contínua quer do pessoal de saúde quer do público.

Resulta claro que estes objectivos ultrapassam muito o poder efectivo do médico e devem ser entendidos como indicativos mais do que como prescritivos. Mesmo a Declaração de Londres de 1949 quando acrescenta ao consensual *primum non nocere* o dever de proteger e prolongar a vida dos seres humanos coloca o médico numa situação que exorbita do seu efectivo poder. Estas conceptualizações idealizadas de Saúde e do papel do médico na sua promoção têm contudo a vantagem de funcionarem como programáticas indicando objectivos que vão além das situações concretas que regulamentam.

Se estas recomendações são para ser tomadas seriamente é manifesta a necessidade de algumas modificações estruturais quer na organização das políticas de saúde quer na

preparação curricular do médico³. A orientação geral dos cursos privilegia uma medicina curativa e os indicadores de saúde que os médicos usam (parâmetros laboratoriais hematológicos e bioquímicos, imagens radiográficas ou outras, exames electrofisiológicos, etc.) limitam-se a aferir o funcionamento biológico do corpo. O bem-estar das pessoas, isto é, a realização pessoal, a satisfação das suas aspirações, o aproveitamento das capacidades instrumentais, o funcionamento socio-familiar harmonioso escapam a estes parâmetros.

Por outro lado é óbvia a natureza ética destas conceptualizações de saúde. Enquanto a saúde foi referida a questões como a ausência de sofrimento, a redução de sintomas ou a parâmetros normalizados das funções do corpo os objectivos das intervenções médicas eram consensuais. Quando se alarga o âmbito do conceito não só ficam polémicos os objectivos a definir em termos de Bem-estar de um cidadão como ficam sobretudo polémicos os procedimentos indicados para a sua promoção. A satisfação, o bem-estar mental e social, a realização pessoal não são redutíveis a critérios fisiológicos ou psicológicos. Tratando-se de valores éticos a discussão da sua importância remete necessariamente para fora do domínio científico, isto é, para a Ética.

Outro aspecto desta discussão refere-se à falta de uma definição estrita de saúde. A promiscuidade social, a poluição do meio ambiente, a pobreza são pesados motivos de sofrimento que decorrem de causas externas à pessoa e que podem condicionar doenças mas, se a pessoa for removida da situação, passa o sofrimento, o que revela a natureza deste sofrimento ser claramente diferente da natureza de doenças como o cancro, a diabetes ou o sarampo. Os profissionais de saúde precisam de um termo que operacionalize as condições efectivas de saúde aplicáveis aos cidadãos que integram, com satisfação ou não, o tecido social. Em múltiplas situações clínicas ou médico-forenses surge a necessidade de discriminar precisamente um estado de doença ou não doença sendo então relevante uma definição mais concreta de Saúde donde uma definição estrita de doença decorra claramente. A definição hiperinclusiva da OMS, por extensão, inclui toda a ecologia humana sob alçada da Medicina.

CARACTERIZAÇÃO ÉTICA DA CONTEMPORANEIDADE

O desenvolvimento das sociedades contemporâneas no sentido da complexificação do viver social afecta constantemente os valores prevalentes provocando inevitáveis consequências sobre a prática e a deontologia da Medicina.

O **individualismo** é uma tendência que se acentua nas modernas sociedades democráticas e o isolamento é um dos seus reversos. O médico sujeita-se-lhe como outro cidadão. Pelas características de intimidade, de disponibilidade para ajudar ou ouvir, pelo poder e saber que detém, a imagem que o doente constrói do seu médico pode ser fortemente idealizada. Na profissão o médico encontra frequentemente pessoas que, sofrendo com o isolamento em circunstâncias críticas, procuram na relação terapêutica o que não conseguem estabelecer com outros cidadãos. As aproximações sexuais entre o médico e o seu doente podem surgir neste contexto com iniciativa de um ou outro. Todos

os códigos deontológicos as desaprovam. Nos EU as comissões de Ética Médica tendem a considerar um período mínimo de um ano depois de finda a relação terapêutica para poder ser iniciado um relacionamento sexual sem infringir estes códigos⁴. Diversos estados americanos possuem legislação mais restritiva que, especificamente, criminaliza o relacionamento sexual entre o psicoterapeuta e o doente, mesmo depois de adequadamente terminada a relação terapêutica. O doente poderá confundir os sentimentos que decorrem da idealização do médico, que resultam dos atributos sociais da profissão, com atracção ou amor pelas características da personalidade do médico, a qual ele desconhece fora do contexto clínico. Cabe ao médico a responsabilidade pelo envolvimento neste tipo de relação afectiva.

O **materialismo** — é outra característica ética saliente nas sociedades desenvolvidas. Esta marcada orientação para os valores materiais e para o sucesso acentua o défice das pessoas menos produtivas e marginaliza as que têm dificuldades em se integrar nos cânones prevalentes. O poder de compra mobiliza uma grande competitividade profissional e o **consumismo** reforça, de uma forma sempre insatisfatória, esta agressividade social. Através do consumismo expressa-se o parecer perante os outros. O juízo do valor dos outros e o juízo em que a própria pessoa fundamenta a sua auto-estima prende-se ao conforto material. Esta forma de viver social acentua o individualismo e despromove os que não venceram.

Outro binómio característico da contemporaneidade é a oposição entre o **racionalismo** exigido em certas áreas do funcionamento social e, em particular, do funcionamento profissional, frequentemente marcado por uma feroz competição e, por outro lado, o **hedonismo** lúdico e descomprometido com que as pessoas norteiam as suas vidas. Escassiam os valores fortes que mereçam grandes empenhos em sociedades em que todas as coisas e valores são mediadas pelo dinheiro. O mérito dos actos é convertido em unidades pecuniárias que fazem equivaler frígoríficos a rigor profissional, turismo a generosidade social, comida a talento, recreio televisivo a cultura. O hedonismo restringe-se ao consumo de pequenos prazeres parciais quando não apenas ao consumo em si mesmo, um **consumismo** democrático, modulado para todas as bolsas, orientado para objectos que prometem muito e para modas fugazes. A Medicina não escapou a estas influências⁵, tende a esvaziar-se dos valores humanistas de sempre, a tecnocratizar-se e a assumir-se meramente como um serviço.

ALGUNS ATRIBUTOS DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA

Sobrespecialização — Nas últimas décadas os conhecimentos médicos desenvolveram-se muitíssimo definindo novas áreas com metodologias próprias de abordagem das perturbações e levando a prática médica para uma acentuada **sobrespecialização**. Esta tendência resulta, sem dúvida, da impossibilidade do médico se manter a par dos desenvolvimentos científicos em todas as áreas da Medicina, mas dela decorre, inevitavelmente, uma perspectiva parcial do adoecer, centrada sobre o órgão da especialidade. Neste quadro a orientação relativamente à fixação de

objectivos terapêuticos é norteadora por normas estatísticas relativamente ao que são, por exemplo, os valores normais da tensão arterial, da função hepática, renal ou outra mas sem que haja lugar a uma perspectiva global e humanista da pessoa doente. Muitos clínicos tornaram-se senhores de um saber vasto feito de minúcias sobre a fisiopatologia de uma estrutura ou função, em áreas de especialidade em que o número de doenças descritas se multiplicou enormemente, abrindo o caminho para a tecnocratização da Medicina.

Tecnocratização — Os valores hipocráticos, que durante séculos orientaram as atitudes médicas, são substituídos por critérios de eficácia centrados sobre a performance do órgão. A significativa melhoria dos resultados dos procedimentos médicos em quase todas as especialidades parece avaliar esta nova ética na relação com o doente em que o médico segue protocolos locais, diagnósticos e terapêuticos, distantes de uma praxis médica humanista. A tecnocratização da Medicina acompanha tendências semelhantes noutras áreas do funcionamento social e parece relevar da crença ingénua de que as poderosas tecnologias actuais esvaziaram de conteúdo ético as questões inerentes à condição humana. Porventura acontecerá o contrário. A complexidade das sociedades contemporâneas e, graças aos meios de comunicação de massa e à rapidez dos transportes, a proximidade que existe hoje entre os homens contemporâneos, cria solidariedades inescapáveis que põem problemas morais de gestão e acesso aos recursos de uma Medicina cada vez mais eficaz mas vedada a extensas populações que parecem terem nascido no continente errado. Num lado do Mundo gastam-se fortunas para prolongar inutilmente a vida a pessoas com escassas probabilidades de recuperarem uma vida satisfatória; no outro perdem-se vidas que podiam ser salvas com poucos escudos.

Custos Elevados — Os dispêndios com a saúde em termos do produto bruto de um país cresceu enormemente com o desenvolvimento das políticas sociais e mobiliza hoje interesses poderosos numa área politicamente muito sensível. Os EU são o país do Mundo com maiores dispêndios em saúde e, talvez, com a Medicina mais avançada do Mundo e aparecem em último lugar numa listagem de indicadores de qualidade de saúde em onze países industrializados (quadro 1). Atribuem-se os maus resultados deste sistema de saúde à sua orientação, excessivamente virada para a terapêutica e, portanto, intervindo demasiado tarde na doença. Um estudo dos indicadores de saúde e indicadores económicos em 30 países mostra que a melhor saúde se correlaciona com o PNB, com os gastos em educação e com os gastos em alojamento *per capita*⁹ o que faz transcender da área médica a prossecução de objectivos de saúde consignados na definição da OMS.

As terapêuticas com algumas moléculas de comercialização recente (centoxina, eritropoietina, interleucina) implicam custos anuais na ordem dos milhares de contos por doente. Tem havido casos de novas moléculas muito caras, logo altamente prescritas devido às expectativas optimistas criadas pelo marketing farmacêutico, que depois se comprovou não terem vantagens sobre as mais antigas e mais baratas. Esta situação conduziu a uma atitude de desconfiança sobre as técnicas de marketing da indústria farmacêutica que alimentou a intervenção dos gestores de saúde na prescrição médica.

QUADRO 1 — Despesas de saúde em Portugal (dados de 1986) e em onze países industrializados (dados de 1990) e resultados em termos de expectativa de vida e de mortalidade infantil (adaptado de Tarlov, 1992)

	Exp Vid 1990	Mort Inf 1990	Dispêndios per cap	Saúde % PNB
Japão	79,3	4,5	978	6,7
Canadá	79,2	7,3	1554	8,5
Suíça	78,9	4,9	1 301	7,9
Itália	78,0	6,1	995	7,3
Suécia	77,7	5,9	1328	9,0
Holanda	77,6	7,0	1071	8,4
França	77,6	6,3	1178	8,7
Alemanha	77,2	5,6	1212	8,6
Austrália	76,6	8,2	990	7,0
Grã-Bret	76,3	7,3	795	5,9
Est Unidos	75,6	10,4	2051	11,2
Portugal (1986)	71,0	15,8	386	6,3

No campo psiquiátrico a clozapina constitui um exemplo desta polémica tendo dado origem a tentativas de restringir a utilização com base em critérios de custo (e não de custo/eficácia)^{7,8}. Dada a evolução no sentido do aumento dos custos da prática médica é deontologicamente defensável a avaliação estrita, rigorosa e isenta, dos resultados das moléculas novas relativamente às alternativas terapêuticas anteriores^{9,10,11}, como forma de manter a prescrição medicamentosa livre da influência dos gestores. O compromisso de beneficência do médico com o seu doente obriga-o a tentar proporcionar-lhe sempre as melhores terapêuticas disponíveis tendo atenção aos custos implicados nos níveis de eficácia desejados.

Gestionismo — A gestão dos recursos de saúde tornou-se uma especialidade complexa exercida, em geral, por profissionais não médicos. As instituições de saúde, as estatais tal como as privadas, passaram a ser geridas segundo uma óptica de rentabilidade dos recursos utilizados avaliada em termos estatísticos. Os critérios dos gestores podem entrar em conflito com o dever médico de, perante o seu doente, lhe proporcionar o melhor tratamento disponível. Nas instituições privadas, em que a prestação de cuidados médicos constitui um negócio, a articulação destes interesses divergentes pode ser ainda mais complicada, em particular quando o médico é assalariado da instituição. O médico pode ser, explícita ou implicitamente, pressionado para requisitar meios diagnósticos caros e superfluos ou prescrever terapêuticas desnecessárias ou, pelo contrário, a evitá-las, segundo os interesses da instituição e não os do seu doente. Esta ordem de problemas tem sido designada de **gestionismo**. Diversos autores referem o peso e os inconvenientes da excessiva intervenção do Estado na definição dos serviços e objectivos da Saúde Mental, não apenas em termos preventivos mas também processuais e terapêuticos¹².

Sigilo Médico — Criaram-se circuitos, quer nas instituições de saúde quer nos mecanismos administrativos que controlam e suportam os custos das intervenções médicas (estatais, seguros, organizações de classe), que sonham informações, directa ou indirectamente diagnósticas, para fora da área de influência médica. O médico é compelido a divulgar essa informação confidencial no interesse do

doente pois dela depende o reembolso ou a atribuição de benefícios da segurança social. Técnicas informáticas cada vez mais sofisticadas de tratamento dos registos médicos e o seu manuseamento a nível institucional por profissionais não médicos, esvaziam, frequentemente, de sentido o dever do sigilo. O médico não pode acomodar-se a esta situação e deve restringir às pessoas estritamente envolvidas na terapêutica do seu doente o acesso aos registos clínicos¹³. O sigilo médico decorre do direito do doente à privacidade e ao seu bom nome e não pode ser violado a não ser no seu interesse ou com o seu consentimento, e este direito mantém-se mesmo após a morte do doente.

Outro aspecto do problema é o conflito entre o direito do doente ao sigilo diagnóstico e o direito de terceiros à saúde o qual pode ser prejudicado pelo comportamento não responsável do doente. Na SIDA, por exemplo, como em outras doenças infecciosas, acontece a ocultação do diagnóstico ao parceiro sexual com medo da rejeição e abandono. O compromisso de sigilo que o médico tem com o seu doente, e que é condição da relação terapêutica, fica nesta situação em conflito aberto com o dever de proteger a saúde dos seus conatados.

Estatuto do Médico e Pressão Causídica — Como consequência das novas condições do exercício da Medicina em equipa, com médicos sobreespecializados disponíveis para tratar apenas aspectos parciais do sofrimento das pessoas e, implicando esta tecnocracia, custos financeiros elevados, perdeu-se uma parte do carisma que a profissão sempre teve. A relação médico-doente hoje tende a ser vista pelas duas partes como uma relação de prestação de serviços.

A perseguição causídica às companhias de seguros por alocações de negligência médica surge neste contexto e tem tido consequências negativas na prática da Medicina. Os tribunais nem sempre tem em conta que alguns dos riscos inerentes a certos procedimentos médicos são incontornáveis e que não é por o doente confiar a sua saúde nas mãos do médico que fica isento dos prejuízos da doença que o atinge. Há que destrinçar a responsabilidade médica por incúria dos riscos inerentes à condição mórbida dos quais fazem parte os riscos das terapêuticas que essa condição impõe. Os riscos das manipulações terapêuticas são variáveis mas existem até para um comprimido de aspirina e é eticamente recomendável que o doente deles tenha conhecimento. Não parece razoável atribuir o insucesso terapêutico, por princípio, ao médico. O médico pode substimar os riscos ou, por ignorância, não os prever e assim não providenciar meios terapêuticos para as eventualidades que deles decorram, mas pode também ver-se em situações de penúria de meios por razões que lhe são alheias e, mesmo assim, actuar no interesse do doente, ponderando que a probabilidade de alívio compensa os riscos da intervenção.

As manipulações dos júris nos EU e, na ausência de evidência clara de crime de negligência, a tendência a decidir a favor do doente contra as companhias de seguros na exigência de indemnizações vultuosas, tem conduzido o médico para atitudes defensivas do ponto de vista jurídico. A relação terapêutica é mediada pela precaução e pela ameaça da perseguição causídica o que leva o médico a substituir a procura da melhor solução diagnóstica e terapêutica para o caso concreto que tem à sua frente pela

avaliação da conduta clínica que envolva menos riscos de querulância legal. Esta atitude pode passar por cumprir escrupulosamente protocolos diagnósticos, mesmo quando a situação se define como óbvia, o que implica não só grandes incómodos para o doente como encargos pesados para os sistemas de saúde. Em certas especialidades com riscos intrínsecos, como a cirurgia, acontece os doentes de maior risco serem recusados. Acontece também o contrário que é certas especialidades tenderem a ser abandonadas, como a obstetrícia e a anestesia, como consequência da frequência da perseguição judicial.

Embora seja razoável que o comprometimento deontológico com a beneficência do doente, que passa pela actualização dos conhecimentos do médico, deva ser reforçado com alguma pressão social sobre a qualidade dos serviços, parece sensato pensarem-se noutras formas de controlo perante as consequências nefastas da perseguição causídica.

O DOENTE HOJE

No passado as pessoas envolviam numa aura mágica o saber médico. As explicações sobrenaturais ou religiosas predominavam a par de algumas intuições acumuladas nas tradições. Uma parte das limitações terapêuticas do passado no alívio sintomático podia ser suprida no hábil manejo, por parte do médico, da sugestibilidade do seu doente. Antigamente, mesmo que o médico prezasse a autonomia do doente, era difícil escapar a uma forma paternalista de relação em que as decisões terapêuticas eram globalmente tomadas pelo médico.

A generalização de uma maior diferenciação cultural e a divulgação de uma cultura materialista, empírica e racionalista atenuaram o fosso que antes existia entre o médico e a maioria dos seus doentes. Disseminou-se uma cultura de massas que abriu espaço a uma nova forma de vivenciar os sintomas marcada pela elaboração das queixas, muitas vezes funcionais, dentro do quadro de uma doença ameaçadora do género do cancro, da SIDA, duma "trombose" ou de um infarto do miocárdio.

O doente tem curiosidade pelos mecanismos patogénicos do seu sofrimento, quer saber como funcionam as terapêuticas, os seus riscos e a evolução da sua perturbação. Por vezes os doentes consultam o médico como se consulta um manual de instruções de uma máquina complexa, para aferir as suas elaborações sobre sintomas que os preocupam e, mais do que procurar uma panaceia, exigem participar no processo da decisão terapêutica. A autonomia do doente é um valor da deontologia médica desde a antiguidade e o médico deve favorecê-la sem contudo a impôr a pessoas ou em circunstâncias que o doente não possa decidir.

Quando o doente, convenientemente informado, recusa terapêuticas que o médico propõe, o respeito pela autonomia do doente não justifica desistir dos procedimentos indicados. O médico deve tentar compreender as razões da recusa e discuti-las com o doente. Em certas situações, o doente deprimido ou psicótico ou que, por razões marginais rejeita os tratamentos numa atitude que põe em risco a sua saúde futura ou a sua vida, pode justificar-se uma intervenção mais activa desde que haja consentimento familiar e a probabilidade de, após a melhoria, o doente aceitar os procedimentos de que foi alvo.

O médico deve reconhecer sempre à sua doente o direito a uma eficaz contraceção. É importante que as suas convicções religiosas não o impeçam de avaliar objectivamente a situação clínica e de recomendar o melhor anti-conceptivo para a sua doente sem interferência doutrinária nem de juízos morais sobre a pessoa. Seria deontologicamente errado o médico limitar-se a métodos menos eficazes, como o calendário ou o diafragma, e recusar prescrever dispositivos intra-uterinos ou a pílula por as considerar abortivas e contrárias às suas convicções religiosas.

Aborto — A legalização do aborto de uma forma mais ou menos restritiva é um tema quente da política de muitos países em parte alimentado por atitudes religiosas. Em 1973 o Supremo Tribunal dos EU afirmou o direito ao aborto nos primeiros tempos da gravidez como um facto da vida privada de cada mulher. Apenas o aborto no último trimestre da gravidez é proscrito a menos que o feto seja considerado inviável. A questão é eminentemente uma questão moral. Trata-se de valorizar argumentos que não são redutíveis à ciência. Quando é que se entende que o feto é uma vida humana? Desde a concepção? Desde a viabilidade autónoma? Desde o parto? As respostas são convencionais. Define-se aborto como o parto de um feto com menos de 500gm. Outras definições consideram aborto o nascimento anterior às 20 semanas. Qualquer destes dois limites são convenções e definem tempos de desenvolvimento em que o feto não é ainda viável.

Na ponderação desta questão deve pensar-se que o aborto é uma prática corrente, seja legítima, tolerada ou perseguida pelos estados. Nos EU fazem-se 1,6 milhões de abortos por ano o que corresponde a um aborto por cada parto de termo. Estima-se que antes da legalização fossem realizados entre um e dois milhões de abortos por ano nos EU. A morbilidade e a mortalidade eram elevadas e baixaram para valores desprezíveis depois da legalização. Em França realizam-se cerca de 160 000 abortos por ano. Estes números revelam uma larga utilização do método em situações críticas embora a maioria (cerca de 90%) das mulheres que o realizaram não o repitam. Tem sido referido que o aborto funciona psicologicamente como um factor de maturação da personalidade que favorece a ulterior autonomia da pessoa e, provavelmente, o empenho noutras formas de anticoncepção. A legalização do aborto nos EU levou a um aumento anual mantido de cerca de 12-15% que estacionou a partir dos anos 80. A maioria da opinião pública favorece a legalização do aborto.

Por outro lado que direito a sociedade tem de impôr uma situação tão pesada e duradoura como a maternidade a uma mulher que a recusa com base na sua liberdade individual? A motivação da mulher que engravidou relaciona-se com o prazer da relação sexual com um parceiro em circunstâncias que podem ser pouco propícias à procriação. Numa situação de rejeição da maternidade com que ambiente a criança se confrontará?

Deve entender-se que o direito ao aborto não pode obrigar um médico a realizá-lo contra os seus princípios éticos. Nesse caso referirá a doente a outro colega ou instituição sem procurar influenciá-la na sua decisão.

Fertilização Artificial — A fertilização artificial é outro aspecto contraria-lo pela Igreja Católica. Se a utilização destas técnicas dentro do casal parecem aceites pela

maioria já o recurso a meios estranhos ao casal (fecundação heteróloga) levanta alguns problemas éticos e também jurídicos enquanto não se definir um quadro legal que estabilize a diversidade de interesses. As múltiplas situações põem-se em termos da paternidade pertencer aos pais biológicos ou às pessoas funcionalmente que desempenham ou se vocacionaram para o papel de pais e assumiram a iniciativa da fecundação.

Estas técnicas criam situações novas que não encontram resposta no saber da ciência. Por exemplo o excedente de óvulos congelados para a fecundação in vitro tem limitado a aplicação de tecnologias já implementadas. A natureza não científica das questões de fundo polemizam e prolongam estas discussões resultando difícil o estabelecimento de consensos.

Engenharia Genética — As manipulações da engenharia genética são uma área preocupante, sem dúvida, porque o genoma dos organismos constitui uma espécie de sabedoria natural testada ao longo de anos em termos das melhores adaptações ao ambiente. A Genética ao intervir sobre o âmago deste processo, confronta o seu saber com a Natureza. Uma parte destes receios são irracionais e relacionam-se com a atribuição de algo de sagrado às formas genéticas naturais adquirindo a sua manipulação um aspecto de profanação. Na verdade, embora possam não ser sagradas contém a sabedoria de milhões de anos de evolução e de experiência de adaptação ao meio. Existem riscos objectivos na manipulação dos genes não só incrementos a alguma imprevisibilidade nos resultados das manipulações genéticas mas, muito principalmente, quanto às utilizações que poderão ter. A genética poderá ser utilizada para evitar genes relacionados com a transmissão de certas doenças mas também poderá servir aos progenitores para escolher determinadas características na descendência, desde o sexo às varicadas aptidões, o que naturalmente perturbaria os mecanismos naturais.

Foram identificados genes responsáveis por doenças como a distrofia muscular de Duchenne, a fibrose quística, uma forma hereditária de doença de Alzheimer, retinite pigmentosa, etc.. A engenharia genética ao prometer a extinção destas doenças realiza em pleno o ideal médico da irradicação de causas de sofrimento.

Transplantes — Em Portugal, desde que haja morte cerebral do dador, confirmada por dois clínicos não envolvidos na equipa de transplante, não é necessária autorização da família para a utilização dos órgãos (ao contrário de outros países). É obrigatório o anonimato recíproco tanto do dador como do receptor para com a família do dador. Também não existe legislação que regulamente a angariação de órgãos para transplantes. Assim os procedimentos são norteados pela deontologia médica designadamente quanto ao respeito que os tecidos vivos de pessoas que morreram devem merecer ao longo de todo o processo que finda no receptor. A carência de dadores em situações clínicas periclitantes, confere, frequentemente, ao problema dos transplantes a dimensão deontológica da atribuição de recursos escassos.

Atribuição de Recursos Escassos — Nem sempre existem meios diagnósticos ou terapêuticos para todas as pessoas que, em determinado momento, deles careçam por vezes como condição de sobrevivência. Em unidades de reanimação, por exemplo, pode acontecer não existirem

A par das discussões sobre o direito das pessoas a cuidados de saúde e quem deve ser responsabilizado pela prestação desses cuidados a eutanásia é um tema de sempre periodicamente revisitado. Na sua prática o médico confronta-se com situações de prognóstico fechado em que a qualidade de vida do doente élastimável e desmesurado o seu sofrimento. O humor do doente está frequentemente deprimido reactivamente às perdas de saúde e pode ser melhorado. Pode acontecer, contudo, que o doente em perfeita clareza de consciência e normalidade de ânimo, solicite a ajuda do médico para morrer. Consideram-se três situações. 1) A eutanásia passiva é a retirada pelo médico ao doente dos meios artificiais indispensáveis à manutenção da vida. 2) A eutanásia activa é a terminação intencional da vida do doente pelo médico com ou sem consentimento. 3) O suicídio assistido é o fornecimento dos meios efectivos para o doente pôr fim à vida¹⁴. A aprovação do público à eutanásia atinge 70% em certos inquéritos. Na Holanda a eutanásia, embora ilegal, é tolerada em certas condições: Consentimento livre, consciente, explícito e persistente depois de todos os meios médicos terem sido tentados; tem que haver a concordância de um segundo clínico e a autorização dos pais no caso de menores.

As razões para a defesa da eutanásia são de ordem humanitária: invoca-se a dignidade que a vida deve conter para justificar ajudar a morrer como um acto de compaixão que tem sentido na continuidade da relação terapêutica. Os argumentos contra a eutanásia centram-se no juramento hipocrático de preservar a vida em quaisquer circunstâncias e no receio de que a legalização da eutanásia poder vir a dar lugar a abusos no sentido de certos doentes poderem sofrer pressões para a solicitar por parte das instituições ou de familiares, por razões económicas ou outras.

Na discussão da moralidade da eutanásia parece relevante distinguir-se a forma activa, sem dúvida avessa às normas éticas da profissão, da eutanásia passiva e do suicídio assistido que podem ser aceitáveis em circunstâncias muito restritas a avaliar pelo médico e, sem dúvida, difíceis de legislar. No entanto a posição contrária foi argumentada por Rachels¹⁵ para quem, uma vez tomada a decisão de parar a terapêutica e deixar o doente morrer, o processo natural de morte (eutanásia passiva) será mais doloroso e conduzirá ao mesmo fim que a administração de uma injeção letal. O autor considera éticamente irrelevante a diferença entre matar e deixar morrer e, deste ponto de vista, conclui que a eutanásia passiva é deontologicamente equivalente à activa e inútil pelo sofrimento que provoca.

Claro que o argumento confunde o nível ético da legitimidade do médico intervir activamente sobre o processo da morte do seu doente com considerações de ordem prática. Deixar o doente morrer é, meramente, o médico retirar-se depois de esgotados todos os seus esforços para salvar o doente, isto, é deixar de contrariar um processo natural que é o que conduz à doença e à morte e fazê-lo, ainda, no melhor interesse pelo seu doente. Esta atitude só formalmente guarda semelhanças com a não intervenção activa perante o doente dos exemplos do autor citado. Muitas das discussões actuais sobre deontologia médica são produzidas por filósofos profissionais. As análises formais que fazem de uma prática que desconhecem são inúteis fora do diálogo com a clínica.

Estas formas de morte devem ser distinguidas das situações em que doente rejeita submeter-se a terapêuticas que, embora lhe pudessem prolongar a vida, afectariam a qualidade desta para além dos limites que a pessoa considera que a dignidade da própria vida deve merecer. Neste caso, se se tratar de uma accitação madura da naturalidade da morte em claro juízo, a decisão deve ser respeitada.

A DEONTOLOGIA MÉDICA PERANTE OS NOVOS TEMAS SOCIAIS

Direitos das Minorias — A questão dos direitos das minorias é especialmente sensível nos EU desde longa data, mas toma, actualmente, proporções preocupantes em alguns países europeus. A afirmação de uma identidade social minoritária (feminista, homossexual, rácica etc.) torna-se um factor de afirmação pessoal que se sobrepõe a outros valores e critérios de avaliação pessoal.

Na investigação científica, designadamente, tende a prevalecer um clima de censura relativamente ao estudo de certas variáveis como o sexo, a raça, ou as preferências sexuais. Estas dimensões são caracterizadores de alguns aspectos da fisiologia ou do comportamento humano e não faz sentido ignorá-las. O direito das pessoas a não serem discriminadas com base nestes atributos é um princípio democrático mas esta questão ética não pode ser confundida com a negação da evidência de que as preferências sexuais são importantes na avaliação dos comportamentos de risco para certas doenças, de que o sexo do doente é importante em Ginecologia, ou que a etnia ou a raça são relevantes na avaliação do peso da cultura em certos comportamentos.

Anticoncepção — Uma lei francesa de 31 de Julho de 1920 interditava «descrever, divulgar ou oferecer-se para revelar os procedimentos visando impedir a gravidez, ou a facilitar a utilização desses procedimentos». Só em 1960 esta lei foi revogada e reconhecido o direito à anticoncepção. Para além das implicações demográficas e políticas a anticoncepção pode constituir um problema de ética médica, particularmente para o médico católico quando as prescrições da Igreja colidem com técnicas anticoncepcionais eficazes. Existem, por outro lado, aspectos sociológicos novos muito relevantes a considerar no equacionamento do problema. O Homem contemporâneo viu profundamente modificadas as suas condições de vida e inevitavelmente modificaram-se os seus hábitos e os seus valores. A desvalorização paradoxal da reprodução nas sociedades abastadas é um facto único. A natalidade reduziu-se abaixo do nível de reposição em muitos países. As relações pré-matrimoniais são um facto corrente e a virgindade pré-matrimonial excepcional.

É falacioso fazer derivar uma moral sexual (ou qualquer outro postulado ético) de factos científicos. Assim a asserção de que a sexualidade serve a reprodução não só é errada biologicamente, pois serve também outras funções, como é também ilegítima do ponto de vista da Ética. Mas o aspecto médico relevante do problema é psicológico: a motivação da mulher que engravida relaciona-se com o prazer da relação sexual com um parceiro o que pode ou não coincidir com o desejo de procriar.

meios necessários para todos os doentes carenciados. Se a sua escolha envolver a morte dos doentes preteridos o problema é cientificamente insolúvel e é a consciência moral do médico a responsável pela decisão.

Que critérios pode o médico usar na decisão de quem beneficiar¹⁶? Pode optar por um critério de otimizar os ganhos e beneficiar o mais novo dos doentes (quadro 2), o que, à partida, viverá mais tempo mas também pode usar um critério médico e escolher o mais doente aquele que tecnicamente mais carece dos meios terapêuticos, embora correndo o risco da morte dos outros. Pode decidir pela pessoa com mais qualidades e méritos recompensando-a desses atributos e reconhecendo-lhe a maior utilidade social mas também pode optar pelo mais miserável argumentando que o mais rico já teve comparativamente um excesso de benefícios. A decisão pelo doente que o médico mais estimar (critério de parcialidade) não é moralmente defensável tal como optar por tirar à sorte também não é deontologicamente correcto. O médico deve ser capaz de uma decisão em consciência depois de esgotados os argumentos médicos. Muitos médicos optariam pelo critério do doente mais necessitado em continuidade com a forma de pensamento clínico o que pode não ser a decisão moralmente mais defensável mas apenas um processo de escapar a uma decisão, em qualquer caso, muito difícil. O ganho que cada doente pudesse retirar da terapêutica em termos de qualidade de vida pós-cura é um valor a ponderar igualmente. Penso ser impossível estabelecer uma hierarquia de critérios com valor absoluto. Pelo contrário, é no contexto da situação que o médico se responsabiliza pela decisão que tome, pesadas as subtilezas impossíveis de formular num protocolo, ou, menos ainda, numa lei. É claro que muitos doentes mais abastados escaparão a esta situação de penúria de recursos pela possibilidade de recorrerem a centros onde lhes forneçam os cuidados que necessitam.

Direitos dos Animais — Os movimentos de libertação dos animais foram considerados pela CIA como um dos dez agrupamentos terroristas mais perigosos do mundo. Têm tomado como alvo preferencial cientistas que praticam ensaios em animais, seja em que condições forem. As suas atitudes radicais derivam (entre outros factores) de princípios que defendem, por exemplo a igualdade de direitos de todos os animais, isto é, considerando que a investigação em ratos, cães, ou moscas tem o mesmo sentido reprovável que as experiências nazis em humanos (figura 3). O argumento prevalente destes grupos fundamenta-se na contestação do lugar do Homem como centro e culmen de toda a biosfera¹⁶. Contestam a complexidade biológica como critério de direito diferencial à vida e não prezam espe-

cialmente a racionalidade ou a consciência humana como expressão de qualquer coisa de espiritual formulável em termos de propriedades de conjunto emergentes.

Embora possamos admitir que estes grupos contestam pontos de vista antropocêntricos parece sensato aceitar que o desenvolvimento das solidariedades que permitiram a sobrevivência do Homem enquanto animal social se prendem com características biológicas que o homem partilha com outros homens e menos com espécies não humanas e que isto justifica um tratamento discricionário relativamente a essas espécies. Pode-se concordar na asserção de que todas as formas de vida devem ser respeitadas, pode-se mesmo estender esta atitude à superfície do Globo e defender que os ambientes ecológicos devem ser preservados mas parece inadequado sobrepôr estes valores ecológicos aos valores do humanismo. É do conhecimento geral a necessidade de experimentação animal em diversas áreas da medicina, da cirurgia, da biologia, da farmacologia, etc., os progressos que ela permitiu nos ensaios farmacológicos, por exemplo, permitindo a criação de moléculas que, nalguns casos, são utilizadas também em veterinária. Os avanços da Medicina não podem passar sem a experimentação animal e não é razoável a importância atribuída à vida animal perante as carências em que vive uma significativa parte da humanidade.

As Toxicodependências — O ponto de vista médico relativamente ao doente toxicodependente é o empenho na sua total recuperação até um nível de funcionamento livre de drogas tão satisfatório quanto lhe fôr possível. Trata-se de um objectivo claramente diferente do objectivos sociológico-políticos orientados para a neutralização das consequências sociais das toxicodependências mas em que a recuperação do doente não é privilegiada como um fim em si.

O médico confronta-se com a dimensão do problema e com a escassez de meios terapêuticos eficazes. O problema das toxicodependências é antes de mais político. As políticas oscilam entre a ineficácia da perseguição policial e judicial e a ineficácia das terapêuticas médicas bem como das intervenções preventivas primárias. É neste quadro que surge a defesa da despenalização das drogas. Esta perspectiva desloca o problema do nível social em que é, actualmente, considerado, para o nível individual onde o problema da toxicodependência é reformulado como um

QUADRO 2 — Paradigma do conflito de critérios. Adaptado de Raanan Gillon, *Philosophical Medical Ethics*, 1985

- O mais necessitado-critério médico
- O mais novo-otimização dos ganhos
- O mais virtuoso-recompensa dos méritos
- O mais miserável-critério de justiça distributiva

Critérios não deontológicos

- Recusar o tratamento a todos
- Tirar à sorte
- Parcialidade



Fig. 3 Galeno dissecando um porco. Gravura do séc XVI.

problema existencial, uma escolha individual de um modo de vida e de um modo de obter prazer na vida.

O médico sempre tratou o alcoolismo independentemente da legitimidade da venda de bebidas alcoólicas e, do mesmo modo, tratará os toxicodependentes vigorem ou não as teses abolicionistas. As argumentações a favor e contra são conhecidas e insuficientes para fundamentar uma decisão segura. Nenhuma posição é mais deontológica que a oposta. A experiência recente da liberalização da comercialização de drogas leves e dos consumos de drogas pesadas na Holanda levou a estudos que permitem algumas especulações sobre a evolução social dos comportamentos dos toxicodependentes quando o factor repressão é anulado. A não perseguição do tráfico de drogas pesadas mantém a cocaína na Holanda a um terço do preço de Nova Iorque e parece ter conduzido a uma redução do número de consumidores (1,7% de consumidores em Amsterdão contra 6% em Nova Iorque em 1987) mesmo de drogas leves: só 24% dos adolescentes de Amsterdão experimentaram cannabis contra 33% nos EU. A atitude policial restringe-se a encaminhar para os centros de recuperação consumidores que façam descatos onde tendem a ser medicados com metadona. A atitude de tolerância leva a uma menor marginalização dos heroín dependentes e à marcada redução dos comportamentos de risco: Apenas 6% de marginais HIV+ na Holanda contra 27% nos EU (in Economist, 10.2.1990).

FINAL INCONCLUSIVO

As definições positivas de saúde funcionam como programáticas apontando objectivos desejáveis às políticas de saúde. Por exemplo a Declaração de S. Paulo envolve os médicos na luta contra a poluição em continuidade com a perspectiva sistémica de Saúde da OMS. A questão da poluição dos sistemas ecológicos é relevante para o estado de saúde das populações e assim a responsabilidade médica pelo bem estar estende-se a múltiplos níveis do ecossistema humano.

Por outro lado é importante a adaptação dos currículos dos cursos de Medicina de modo a preparar os médicos para intervir em áreas diferentes das tradicionais seguindo os valores que essas definições propõem. Tratam-se de definições essencialmente éticas no sentido em que aludem a uma conceptualização de Bem, que caberá às políticas de saúde executar, mas que não é suficientemente explicitada como se o entendimento da expressão "estado de completo bem-estar físico, mental e social" fosse unívoca e factual e não uma expressão ética complexa.

Estas definições de saúde são, contudo, inúteis relativamente à distinção entre saúde e doença, uma questão frequente numa multitude de circunstâncias clínicas.

A prática médica orienta-se por valores éticos humanistas^{17,18}, pela sua natureza irredutíveis à ciência. Estes valores sedimentaram ao longo de séculos de prática e assentam numa relação que supõe a beneficência e a não maleficência do médico para o seu doente, princípios da ética médica de que decorrem as outras regras da deontologia da profissão. Com a evolução das sociedades no sentido da complexidade e da diversidade e com a sofisticação crescente das técnicas e procedimentos médicos surgem novos paradigmas de conflitos morais na profissão que, defendemos, devem ser discutidos e resolvidos de dentro da Deontologia Médica.

Não parece possível nem recomendável legislar ou protocolizar rigidamente todas as situações de conflito entre valores. A prática médica adquire cambiantes subúis de caso para caso que nenhuma legislação conseguiria contemplar. A interferência do Estado justifica-se em matéria da definição de responsabilidades e regulamentação de condições mínimas de alguns serviços mas não de uma forma exaustiva. A Deontologia Médica revela-se capaz de se adaptar às novas condições do exercício da profissão e de responder às solicitações de uma sociedade complexa em mudança acelerada.

Em qualquer das mencionadas situações de decisão ética em conflito prevalecerão os princípios morais do médico sobre as práticas médicas que a situação do doente exija. No caso do aborto ou, se a eutanásia fosse legal, o médico terá sempre direito à objecção de consciência enviando o doente a um colega para quem não seja uma afronta a intervenção solicitada. Deve distinguir sempre onde acabam os seus conhecimentos científicos e começam os princípios morais e religiosos e não aproveitar do seu eventual ascende sobre o doente para o influenciar.

Nota: Este trabalho serviu de base a uma apresentação homónima nas provas de doutoramento do autor, um tema proposto pelo colega Ribeiro da Silva cuja argumentação e críticas agradeço.

Bibliografia

1. MEYER-LINDENBERGER, J: The holocaust of german psychiatry. *Brit J Psychiat*, 1991; 159, 7-12.
2. WEINDLING P: Psychiatry and the holocaust. *Psychol Med*. 1992; 22, 1-3.
3. TARLOV, A R: The coming influence of a social sciences perspective on medical education. *Academic Med* 1992; 67:724-730.
4. APPELBAUM PS, JORGENSON, L: Psychotherapist-patient sexual contact after termination of treatment: an analysis and a proposal. *Am J Psychiatry*, 1991; 148:1466-1473.
5. BARAHONA FERNANDES H: Antropoética e medicina. (Manuserito). 1991
6. NADELSON C C: Emerging issues in medical ethics. *Brit J Psychiat*, 1991; 159:9-16.
7. HEALY D: Psychopharmacology and the ethics of resource allocation. *Br J Psychiat*, 1993; 162:23-29.
8. MCKENNA P J, BAILEY P E, The strange story of clozapine. *Br J Psychiat*, 1993; 162:32-37.
9. FIGUEIRA M L: A ética na prescrição de psicofármacos. *Psiquiatr Méd*, 1992; 5:5-8.
10. RIBEIRO C: Considerações sobre a ética nas relações investigador/promotor de investigação. *Acta Méd Port*, 1992; 5:226-230.
11. Silva J M: Medicinas alternativas, homeopatia e ciência médica. *Acta Méd Port*, 1990; 3:301-304.
12. SOUSA M P: Problemas éticos na praxis clínica psiquiátrica. *Psiquiatria Clín*, 1982; 3:127-139.
13. SOUSA M.P. Aspectos éticos da investigação psiquiátrica. *Psiquiatria Clín*, 1989; 10:165-180.
14. PELLEGRINO E E: Ethics. *JAMA*, 1991; 265:3118-3120.
15. RACHELS J: Euthanasia, killing and letting die. In W.L. Robinson & M.S. Pritchard, *Medical responsibility*. Humana Press, New Jersey. 1979
16. GILLON R: *Philosophical Medical Ethics*. John Wiley & Sons, Chichester. 1985
17. PARDES H, WEST A, PINCUS, H A Physicians and the animal-rights movement. *New Engl J Med*, 1991; 324:1640-1644.
18. ESTEVES J: *Medicina cultura e evolução social*. Lisboa. 1992
19. SILVA J R: Profissionalismo médico, deontologia e ética. *O Médico*, 1987; 117:752-768.