

PERSPECTIVAS DA ÉTICA MÉDICA NOS ANOS 90*

MANUEL RAMOS LOPES

Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra

RESUMO

A evolução da Medicina através dos tempos - na prática clínica, no progresso científico e nos avanços das técnicas de semiologia e terapêutica -, fez surgir uma longa série de problemas éticos outrora insuspeitados. Ora, se o Juramento Hipocrático continua válido, como verdadeiro monumento de rara elegância moral, a verdade é que ele se tornou omissivo em muitos aspectos que a evolução da Medicina, por um lado, e a transformação da Sociedade, por outro lado, fizeram eclodir. Por isso, se impõe confrontar os tradicionais princípios da Ética Médica com estas novas realidades, equacionando uma longa série de questões concretas como é o caso dos ensaios clínicos, experimentação sobre o Homem, problemas ligados à origem da vida e ao seu termo, transplantações de órgãos, biologia molecular, genética médica, análise do genoma humano e suas consequências, novas biotecnologias e outras questões que caem no âmbito mais alargado da Bioética, a interessar diversificados interlocutores. O pendor tecnológico da actividade médica, alterando radicalmente a tradicional relação médico-doente, tem trazido uma série de problemas novos, além de claras ameaças ao segredo médico e à privacidade do enfermo. O exponencial aumento do número de doentes terminais veio dar lugar a algumas tentações (intensivismo e eutanásia) e à ideia em marcha de estruturar correctamente a medicina paliativa. Em suma, neste mundo em transformação, importa reter que os progressos técnicos e científicos não modificaram nem podem subverter o valor ético da saúde como finalidade da actividade médica. Alteram apenas os meios de o alcançar.

SUMMARY

Perspectives of medical ethics in the nineties

The evolution of Medicine throughout time - in clinical practice, in scientific progress and in the development of new technologies of semiology and therapeutics -, created a long list of ethical problems unknown before. If the Hippocratic oath remains valid nowadays, as a true monument of rare moral elegance, the truth is, that it began to be unable to cover all the new aspects created by the evolution of Medicine on one hand, and the transformation of the Society, on the other hand. Therefore, the confrontation of the traditional principles of Medical ethics with the new realities is mandatory, to analyse a long list of well defined questions such as, clinical trials, human experimentation, problems related with the creation of life and its ending, organ transplants molecular biology, medical genetics, analysis of human genome and its consequences, new biotechnologies, as well as other questions that are covered by the broader aspect of bioethics, interlinking in this way several areas of knowledge. All the technologies used in clinical practice, radically changed the traditional relation between the doctor and the patient, and created not only a number of new problems, but also, clear threats to medical secrecy and patient privacy. The exponential increase in the number of terminal patients made for way some temptations (intensive care, euthanasia) and for the idea of developing a correct structure palliative Medicine. In conclusion, in this world of ongoing transformation, it is important to keep in mind that the technical and scientific progress did not change or subvert the ethical value of health as the main purpose of medical activity. It only changed the way to achieve it.

INTRODUÇÃO

1. Antes de entrar no tema da minha palestra, eu desejaria agradecer o convite que me foi dirigido e exprimir o meu apreço aos organizadores destas sessões, pela ideia de as consagrarem aos aspectos éticos da medicina em geral e da medicina hospitalar, mais concretamente. Faço notar

*Palestra proferida em 9.5.94 no Hospital dos Capuchos, em Lisboa

que esta preocupação com os aspectos éticos da actividade médica se tornou hoje, praticamente, uma constante e que nunca como agora se falou tanto em ética e deontologia de diversas actividades profissionais.

Se bem que, hoje como ontem, sejam ainda as actividades médicas aquelas que mais atraem e concitam este tipo de preocupações. O que não admira. Na verdade,

enquanto outras profissões se esforçam por conseguir determinados bens ao homem respeitantes, a Medicina ocupa-se do próprio Homem em sua unidade psicossomática.

Por isso, desde os mais recuados tempos, se lhe reconheceu uma nobreza particular e se impôs àqueles que a cultivavam um conjunto de regras que atingem a sua mais elevada expressão no famoso **Juramento Hipocrático** que a antiguidade helénica nos legou e chegou até aos nossos dias, como um monumento da mais perfeita elegância moral.

Nele podemos encontrar referência expressa às mais nobres virtudes e obrigações do profissional da Medicina: o devotamento e dedicação pelos Mestres, uma referência à ideia da confraternidade médica, o princípio da liberdade do julgamento médico, a condenação clara e inequívoca do aborto e da eutanásia, o princípio da especialização e a proclamação do carácter quase sagrado do segredo profissional e do respeito pelo doente e seus familiares.¹

2. Durante séculos, bastava ao profissional da Medicina respeitar o juramento hipocrático e estar atento ao testemunho e exemplo de condutas reconhecidamente dignas e justas de colegas mais velhos na profissão, para assim responder às suas inquietações ético-deontológicas.

Todavia, o panorama modificou-se radicalmente nas últimas décadas. Foram tantos e tão diversificados os progressos no conhecimento médico-biológico, tão imprevistos os caminhos por onde a prática médica se tem embrenhado, que os problemas éticos que podem levantar-se não poderiam deixar de se multiplicar.²

Quando, há mais de 30 anos, na lição inaugural do Curso de Deontologia Médica que me coube reger durante uma dúzia de anos na Faculdade de Medicina de Coimbra, eu afirmava que *o valor ético-moral da profissão médica não se restringe ao valor ético da saúde mas atinge e ultrapassa mesmo o da própria vida, para se situar no plano dos mais altos valores do espírito*, eu estava intuindo progressos que vieram, muito depois, trazer uma complexidade insuspeitada aos problemas éticos da nossa profissão. Os ensaios clínicos, os problemas ligados à origem da vida e ao seu termo, de relevante interesse para a prática da fecundação *in vitro* e dos transplantes de órgãos, a experimentação sobre o Homem e sobre embriões sobrantes das técnicas heterodoxas da fecundação, são alguns exemplos dos caminhos por onde, de um modo revolucionário, se embrenhou a actividade médica, obrigando a reformular os programas de ensino da Deontologia Médica, a criar Comissões de Ética Hospitalares e a dar uma atenção cada vez maior aos aspectos éticos da investigação médica.²

Mas é tão grande e diversificado o interesse que subjaz a toda esta temática que ele ultrapassa as fronteiras da pura actividade médica, levando médicos e biólogos, ecólogos e moralistas, sociólogos, filósofos e juristas, demógrafos e políticos, a sentarem-se à roda da mesma mesa para discutir problemas de Bioética por que todos se sentem atraídos e aglutinados.

Foi assim que nasceram - em França, em Portugal e noutros países - os Conselhos Nacionais de Ética para as Ciências da Vida que, de algum modo, constituem a resposta adequada ao aparecimento de novas tecnologias e novas possibilidades no âmbito da actividade médica.

3. Na verdade, os avanços da chamada biologia molecular modificaram radicalmente - como há pouco recordava o colega Lesseps Reys³ - o panorama e as perspectivas das ciências da vida, pelo conhecimento novo que trouxeram aos mecanismos da hereditariedade, da reprodução, da fisiopatologia e da terapêutica.

E fizeram surgir outras possibilidades de acção a partir do aparecimento de novas tecnologias - as chamadas biotecnologias - cuja aplicação ao Homem, nomeadamente no aspecto genético, exige cuidadosa ponderação no plano ético.

Aliás, o problema vinha mais de trás. Já há perto de 20 anos, Jean Bernard, confrontado com a aceleração dos conhecimentos médicos que já então se adivinhava, perspectivando novos rumos à actividade médica, nos dizia:

— *Em nossos dias, justamente pelos seus admiráveis progressos, a Medicina corre o risco de perder a sua independência e a sua pureza original. Simultaneamente tentação, tentadora e tentada, a Medicina moderna corre riscos e enfrenta graves perigos. Por isso, é seu dever essencial afirmar a sua identidade e a sua independência, reconhecer as alianças que lhe são indispensáveis e recusar as tentações.*⁴

Por estas razões, não poderá nunca a Medicina esquecer a sua verdadeira vocação ao serviço do homem doente.

Enquanto que as outras ciências têm a sua origem e desenvolvimento no interesse científico, na vontade de saber, a Medicina resulta directamente do anseio de servir, na feliz expressão de Quéré,⁵ transmitindo-nos, em texto recente, uma verdade antiga.

E podremos até acrescentar que foi ainda por este anseio de servir que a Medicina se tornou cada vez mais científica, adquirindo conhecimentos e poderes que lhe permitem actuar de modo cada vez mais seguro e cada vez mais ousado sobre o Homem ao longo do seu percurso existencial.

Por isso, ela se tem proposto controlar a reprodução humana, no duplo aspecto da limitação dos nascimentos e da promoção da fertilidade por técnicas de reprodução assistida, do mesmo modo que tem tentado melhorar a perfeição física e a saúde dos filhos pelo aconselhamento genético dos progenitores, pelo diagnóstico pré-natal, por intervenções terapêuticas *in útero* ou pela correcção cirúrgica precoce (perinatal) de malformações congénitas do recém-nascido.

4. Entretanto, o desejo de chegar ainda mais longe torna-se cada vez maior e da análise do genoma humano resulta agora a possibilidade de prever o futuro nosológico de muitas pessoas, pela existência de genes preditores de diversas doenças.

Compreendemos sem esforço como são importantes as implicações que esta possibilidade comporta: importantes para o próprio indivíduo, pelo choque psicológico que o conhecimento da previsão e da perspectiva de uma doença incurável, por exemplo, lhe pode trazer, e importantes pelos aspectos éticos que envolve, e já se prefiguram no horizonte, quanto à possibilidade do seu conhecimento por companhias de seguros, entidades empregadoras, cônjuge em perspectiva, etc. Daí que o diagnóstico genotípico deva ser objecto do mais escrupuloso sigilo.

Mas é evidente que as consequências de um conhecimento deste tipo podem envolver aspectos largamente positivos como a possibilidade de, através da chamada engenharia genética, modificar as coisas no melhor sentido por terapia génica em células somáticas ou terapia génica em células da linha germinal.

Mas atenção: se é verdade que ninguém contesta a bondade e licitude da terapia génica em células somáticas - testada com êxito em várias situações, como é o caso de doenças hematológicas hereditárias (e não só) - também é certo que são muitas as vezes que se levantam contra a terapia génica em células da linha germinal. Por motivos de vária ordem. Entretanto estas técnicas são decididamente esperançosas pelas possibilidades terapêuticas que envolvem. Tudo depende do bom ou mau uso que delas se fizer.

E aqui, apetece-me concluir com a palavra justa de Luís Archer, em trabalho recente: *O perigo não está na engenharia genética, mas no coração do Homem. As novas tecnologias apenas aumentam as possibilidades humanas concretas para praticar o Bem ou o Mal.*⁶

5. Temos vindo a falar de Ética, de princípios ético-deontológicos e de valores morais por que se tem regido a Medicina Tradicional e por que se deve reger a Medicina Moderna, muito mais ousada. E todos estarão entendendo do que estamos falando e o que queremos dizer.

Não obstante, seria desejável precisar melhor alguns destes conceitos.

A Ética trata do bem do homem para o Homem, numa perspectiva de globalidade da pessoa-sujeito em ordem ao Bem.⁷

Pressupõe o valor fundamental da vida humana - que é inalienável - e reconhece um conjunto de Princípios Gerais como o da Liberdade e da Responsabilidade, o da Totalidade, o da Sociabilidade, etc.

Em termos práticos, poderamos dizer que a *Ética* analisa o modo como o agir realiza o ser do Homem, enquanto que a *Moral* cuida de estabelecer os valores e as normas relativas ao modo de agir. Quer dizer, enquanto a elaboração das normas diz respeito à Moral, a procura do seu fundamento é uma questão de Ética.⁸

Retomando agora o plano concreto da actividade médica em nossos dias, nós poderemos dizer - hoje como ontem - o que nos dizia Barahona Fernandes,⁹ há cerca de 3 anos:

O bom senso, a Arte Clínica e a formação moral dos médicos - tradicionalmente formulada no clássico juramento de Hipócrates - respeitou sempre determinados limites para as nossas intervenções profissionais, frente ao valor do humano e aos autênticos interesses dos nossos doentes ante o viver, o sofrer e o morrer. Ou, dizendo as coisas de outro modo e com menos palavras: Ao cuidar do sofrimento do Homem, temos que consciencializar claramente que nem tudo o que é possível deve ser feito.

PRÁTICA CLÍNICA

6. Depois desta introdução genérica e panorâmica dos problemas da Ética Médica, chegou a altura de, mais concretamente, nos debruçarmos sobre alguns deles.

E, neste meio hospitalar em que nos encontramos, parece aconselhável escolher aqueles que mais correspondem às circunstâncias do vosso dia a dia.

Sabe-se que com os progressos da medicina e os avanços da tecnologia, a clínica hospitalar mudou consideravelmente em todas as áreas da prática médica, embora mais numas do que noutras.

Lembremos, por exemplo e só como um exemplo, o que se passa com a Cardiologia. O teste de exercício em tapete rolante, o cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico, a ecocardiografia com todas as suas possibilidades, as técnicas rádio-isotópicas na sua aplicação à Cardiologia, o Holter, a pressurometria ambulatória, a *pacings*, a cardioversão eléctrica, etc. são técnicas que não só trouxeram grandes avanços diagnósticos como também, pelo tempo gasto na sua execução, roubam ao médico que as executa muitas horas por dia, encurtando assim o seu tempo disponível para passar junto do leito dos doentes.

E, embora conscientes do valor real das várias tecnologias disponíveis, os pacientes não deixam de, um pouco por toda a parte, se queixarem de alguma falta de diálogo desta nova geração de médicos que, fascinados e hipotecados a técnicas que lhes ocupam muitas horas do dia, ficam sem tempo para ouvir os doentes, auscultar os seus problemas e, dialogando com eles, lhes deixarem a palavra de que carecem e lhes é devida.¹⁰

Ora, no planeamento da semiologia, na ponderação dos resultados e na comunicação do diagnóstico ou estratificação do risco, o docente é obviamente comparsa privilegiado que o médico não poderá ignorar, quaisquer que sejam as dificuldades de diálogo e de entendimento recíproco. Isto, tanto em ambiente hospitalar como na medicina privada.

As decisões devem ser livres e conjuntamente tomadas pelo paciente e pelo médico que dele se está ocupando, impondo-se que o médico tenha sensibilidade para estas matérias, conhecimentos profissionais adequados e que ambos eles - médico e docente - tenham disponibilidade para reflectir sobre os problemas em equação. Só assim o consentimento informado do paciente terá real valor.

Mas atenção! O consentimento informado não afasta a responsabilidade do médico. Importa, por todas estas razões, que o médico se sinta responsável pelo seu doente no decorrer de todo o processo. O que lhe impõe uma atitude clara, frontal e sem ambiguidades.

Por isso, no decurso de todas as conversas e informações do médico para o docente, importa que reine um clima de verdade que é imperativo respeitar e assumir a maior importância. É universalmente aceite que a verdade é valiosa em si mesma, mas teremos de saber, na hora da decisão, se o docente está interessado em conhecer toda a verdade a respeito do seu estado. Com base na experiência de todos os dias e em vários estudos sobre a matéria, calcula-se que cerca de 80% dos pacientes preferem conhecer a verdade sobre a sua doença. Mas é importante saber transmitir-lhes essa verdade, aludindo à dúvida que a investigação clínica também comporta e evitando uma visão catastrófica que uma medicina de rosto humano mal accitaria. Eu costumo dizer - aludindo ao quadro negro que alguns médicos traçam aos seus doentes, às vezes perante a simples existência de alguns factores de risco - que se faz muito terrorismo nalguns consultórios médicos. O que não me parece, mesmo descontando a boa intenção que tal procedimento possa envolver, que essa seja uma atitude correcta.

O que mais importa, acima de tudo, é preservar a boa-fé e a integridade do processo de investigação em curso, sem deteriorar as relações de confiança do doente para com o seu médico. De resto, haverá que aceitar o direito do doente à recusa de qualquer proposta médica, o direito do médico se excusar a dispensar ao doente cuidados que reputa inapropriados, e o direito de ambos eles (médico e doente) ouvirem outras opiniões médicas sobre os problemas em equação.¹⁰

7. O emprego de novas técnicas invasivas de semiologia ou de terapêutica - voltando outra vez ao exemplo da cardiologia, que me é caro pela vivência que tenho dos seus problemas - pode revestir-se de consideráveis dificuldades éticas.

Isso ocorreu com o início do cateterismo cardíaco para fins diagnósticos e voltou a ocorrer, mais recentemente, com o cateterismo de intervenção. Tudo teve de ser - e terá sempre que ser - devidamente ponderado, num balanço de riscos contra benefícios: num certo local e em certo momento.

Sabe-se que há técnicas de baixo risco para determinadas equipas cardiológicas que podem revestir um risco bem maior quando executadas por outras equipas. Isto tanto em Cardiologia Médica como em Cirurgia Cardíaca. É tudo uma questão de capacidade, de treino, de número de casos, de estrutura e de ambiente hospitalar.¹⁰

A nenhuma equipa de cardiologia médica será lícito, por exemplo, meter-se a fazer angioplastias ou valvuloplastias sem a cobertura de uma boa equipa de cirurgia cardíaca, de preferência no mesmo hospital.

Mas há outros problemas igualmente importantes, e às vezes dramáticos, que dizem respeito às listas de espera para técnicas invasivas de semiologia ou de terapêutica, como é o caso da coronariografia, da angioplastia coronária, da valvuloplastia, da cirurgia cardíaca, das transplantações, etc, ou ainda a simples admissão de doentes graves em unidades de cuidados intensivos superlotadas ou confrontadas com séries de doentes excedendo as vagas disponíveis e impondo assim, em qualquer das circunstâncias, uma opção de chamada ou de internamento. Quem escolher? O jovem ou o adulto com responsabilidades familiares? A mãe com filhos pequenos? A pessoa de importância e de relevo nas ciências, nas artes, nas letras ou na política? Ou o paciente com melhor esperança de êxito terapêutico? Quantas dificuldades...

8. Toda a medalha tem o seu reverso. Por isso, quando meditamos nos enormes avanços diagnósticos que as novas e sofisticadas tecnologias nos trouxeram, não poderemos ignorar quanto essas técnicas, ao lado de algumas terapêuticas, encareceram o acto médico.

Ao tornar-se mais eficaz, a medicina tornou-se progressivamente mais dispendiosa para os cofres do Estado ou a bolsa dos contribuintes. Não admira, por isso, que possam surgir frequentes tensões e dificuldades entre as administrações hospitalares e os médicos respectivos: o que também envolve importantes aspectos éticos acerca dos quais valerá a pena fazer um breve e consensual comentário.¹¹

O médico deve ser livre de solicitar os exames que entenda necessários ao diagnóstico correcto dos problemas clínicos dos seus doentes, e também livre de prescrever o

que, caso a caso, lhe pareça mais conveniente. Mas deve limitar as suas prescrições e actos diagnósticos ao estritamente necessário. Sem delapidação de recursos financeiros. Isto pressupõe uma **competência profissional** que o médico deverá esforçar-se por atingir e manter em obediência a **imperativos éticos**. E não só. A acumulação de exames, por vezes altamente sofisticados e dispendiosos, representa da parte do médico, nalguns casos, uma **fuga para a frente**, em ordem a salvaguardar a sua responsabilidade profissional que, no futuro e em circunstâncias menos felizes, poderá ser posta em causa pelo doente, pelos seus familiares, ou o seu advogado, etc.

De qualquer modo e em qualquer hipótese, não se justifica a duplicação de exames dispendiosos, como por exemplo uma T.A.C. e uma R.M., quando a primeira já realizada responde às questões fundamentais.

9. Outro aspecto que também se prende com os gastos da saúde mas merece ser equacionado à luz de outros valores é o do chamado **encarniçamento terapêutico**.¹²

Sabe-se como a capacidade de luta contra a doença e a morte aumentou nas últimas décadas da prática clínica, em que o médico passou a dispôr de fármacos de grande eficácia e de um verdadeiro arsenal de *armas pesadas* capazes de, em certo momento, evitar a morte, operar uma autêntica *ressurreição* de alguns doentes e de prolongar artificialmente a existência de outros em coma ultrapassado, isto é, em estado de vida meramente vegetativa.

Ora, se se justifica claramente uma luta intensa e porfiada para salvar um jovem ou um adulto em plena capacidade, o mesmo não poderemos dizer de pacientes com idade avançada e/ou forte deterioração psicossomática.

Em tais circunstâncias - antes de teimar numa atitude de intensivismo terapêutico - importa ponderar devidamente os despojos da luta que vamos empreender e, renunciando a salvar o que já não pode ser salvo, respeitar o direito do doente a uma morte digna. Pois, como disse alguém, o homem não foi talhado para *nascer in vitro* e *morrer in machina*.

Morrer com dignidade é viver a própria morte como um acontecimento biológico natural - escreveu um dia o colega Daniel Serrão,¹³ que acrescentava: *É fácil para os simples e para os sábios. É difícil para o comum dos homens*.

Por todas estas razões, é desejável que nenhum médico, no exercício da sua prática clínica, tente impedir o doente terminal, isto é, aquele para quem não há tratamento curativo eficaz e sofre de patologia inexoravelmente fatal, de assumir com dignidade a sua própria morte.

Sabe-se que são duas as tentações que podem assaltar o médico assistente dum doente terminal: a **tentação intensivista** de que já falámos (e pode representar para alguns médicos outro aspecto da tal *fuga para a frente* face à responsabilidade profissional) e a **tentação eutanásista**, activamente assumida por alguns, em diversos países, apesar de constituir uma flagrante violação dos mais elementares princípios da ética médica.

MEDICINA PALIATIVA

10. Estes e outros problemas relativos ao doente terminal tendem a ser cada vez mais frequentes, dado o notável

prolongamento da vida e a inevitável ocorrência de patologia vascular, degenerescências orgânicas e malignidades.

O envelhecimento da população e alguns hábitos perniciosos, como o uso do tabaco, são provavelmente as principais causas do grande crescimento do número de cancro.

Ora, como é bem sabido, a dor é extremamente frequente no cancro e a sua frequência aumenta ainda com a evolução do caso. Todos estes factos e circunstâncias levaram a uma mudança de mentalidade, fazendo emergir o conceito de cuidados paliativos, absolutamente necessários para obviar ao sofrimento doloroso dos pacientes e dar à vida uma qualidade mnimamente aceitável.

Sabe-se que muitos milhões de indivíduos através do mundo sofrem desnecessariamente dores atrozes ligadas ao cancro e, por isso se considera hoje que os cuidados paliativos fazem parte do tratamento do doente canceroso: aliás, cuidados paliativos e tratamentos de intenção curativa não se excluem, antes se completam. Convém fazer notar que os Cuidados Paliativos ultrapassam muito o simples tratamento da dor e, obviamente, o âmbito da doença cancerosa.

Foi em Inglaterra, na década de 60, que - face à verificação de que muitos pacientes com doença grave, incurável ou terminal, eram abandonados - se criaram as primeiras unidades destinadas a estes doentes. O movimento alastrou, difundiu-se por muitos países, havendo actualmente em Inglaterra mais de 200 hospícios e unidades de apoio familiar dedicados aos Cuidados Paliativos.

A O.M.S. tem desenvolvido algumas iniciativas neste campo e no velho continente existe, já bem estruturada, a *Associação Europeia de Cuidados Paliativos*.

Num momento, como aquele que estamos vivendo, em que muitos pases da Europa e do mundo se confrontam com surtos de tentação eutanásista, é importante que tenha surgido, em conceito e acção, este movimento de Cuidados Paliativos que se perfila, em relação aos doentes terminais e à eutanásia, como *a outra face da Lua*.

Esta noção de Cuidados Paliativos pressupõe:⁷

- Uma atitude frontal mas profundamente empenhada perante a morte, encarada como momento natural e integrante da própria vida;

- Um sistema de apoio com o fim de aliviar activamente a dor e o sofrimento, quer no sentido físico quer no aspecto psicológico e espiritual;

- Um esforço no sentido de ajudar cada doente não a retardar nem acelerar a morte, mas a viver até ao fim tão intensamente quanto possível.

Reconhecendo-se nestes princípios, um grupo de Colegas, aos quais me juntei, realizou nos últimos meses de 1992 e em 93 diversas reuniões que culminaram com a constituição, em Outubro de 93, da Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa, integrada na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa.

A Sociedade definiu como seus objectivos: sensibilizar as pessoas para a necessidade urgente da Medicina Paliativa em Portugal; promover uma reflexão estratégica que oriente medidas concretas; realçar a Medicina Paliativa como parte integrante e fundamental do exercício da Medicina, promover a investigação científica nesta área e, ainda, desenvolver acções concretas de carácter formativo.

O empenhamento das pessoas que integram a direcção e corpos gerentes da nível Sociedade dão-me a maior confiança no êxito desta iniciativa. Que em boa hora nasceu, na esteira da válida experiência de tantos, em outros países. A seara é imensa e muito existe para fazer.

UM MUNDO NOVO

11. Quando meditamos no desenvolvimento médico-científico das últimas décadas, verificamos que ele se integra numa onda de progresso global claramente indicadora de um período de aceleração da histeria humana que ciclicamente ocorre.

O Homem é um ser em permanente devir e não algo totalmente feito. Ele é ainda uma experiência inacabada. Para onde caminhamos?

As transformações sociais, operadas pelo progresso de que estamos falando, tiveram profundas repercussões sobre os padrões de comportamento e sobre a mentalidade das pessoas, o que não poderemos considerar sem alguma inquietação e perplexidade.

Muito para além do choque e conflito de gerações que sempre existiu, temos de reconhecer que alguma coisa mudou em nossos dias. Alterou-se a escala de valores, e o indivíduo tende a dissolver-se, mais e mais, no todo colectivo. Deste modo, ele sente em perigo a sua própria liberdade individual e a sua dignidade de pessoa humana, ante uma Sociedade toda-poderosa, tecnológica e hedonista, cívica de princípios utilitários e economicistas, em que as pessoas tendem a ser avaliadas pela sua capacidade de produção.

Num mundo destes, correm grave perigo os nossos valores ético-profissionais: germina a tentação da eutanásia, desenvolve-se a prática do abortamento e quase perdeu sentido o segredo profissional em Medicina.

Eu bem sei que se alteraram as condições da prática médica e que a estreita relação médico-doente, em que outrora repousava o diagnóstico, se perdeu em certa altura para dar lugar a um circuito semiológico mais longo, envolvendo diversos profissionais. E que isto facilita e propicia fugas ao segredo, especialmente em meio hospitalar. E também sei que os registos nosográficos, agora informatizados, facilitam enormemente as fugas do segredo médico. Mas há ainda outras importantes razões.

12. Nós vivemos hoje numa Sociedade destituída de reais preocupações de privacidade, completamente escancarada por algumas mudanças de hábitos e mentalidade, mas sobretudo pelo desenvolvimento e agressividade de novos meios de comunicação social. Que vemos nós?

A qualquer hora do dia ou da noite-em som e imagem - entram-nos pela casa dentro, ao lado de notícias comuns, escândalos, desgraças e violências de toda a ordem, quando não é a transmissão ao vivo de guerras, julgamentos judiciais, intervenções cirúrgicas, etc, etc.

As notícias sobre a vida e a saúde de figuras de evidente notoriedade - e mesmo diagnósticos altamente sigilosos - são divulgados com a maior sem-cerimónia e total desprezo pelo direito à privacidade dos cidadãos.

Sobre esta problemática reflectia há pouco o nosso colega Adolfo Rocha, pela pena do seu pseudónimo lite-

rário Miguel Torga, no XVI volume do seu *Diário* publicado em Dezembro do ano passado. Com data de 13 de Maio de 1990, escrevia Torga a páginas 19 do seu *Diário*, falando de si próprio:

A imprensa, a rádio e a televisão dão-me às portas da morte. O telefone não pára de tocar. Os jornalistas, cruéis, teimam, insistem, não desanimam. Querem, sadicamente, saber pormenores. Se morro, se não morro e vão adiantando prognósticos. Enfarte, hemorragia cerebral, paralisia.

Neste mundo desapidado e devassado não há mais lugar para o sofrimento íntimo, recolhido, que os bichos ainda podem sentir na toca. Agora, já ninguém é dono de si e do seu pudor. Somos públicos e baldios, concluía este nosso Colega.

Neste mesmo sentido, e durante uma das sessões do XV Congresso Português de Cardiologia, que acabou agora de se realizar no Centro Cultural de Belém, se pronunciava há dias um dos prelectores dessa sessão. Também ele uma importante figura do nosso universo sócio-cultural, falando de si próprio e da experiência que vivera, em passado relativamente recente, durante uma grave crise de doença coronária que o atirara para uma Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital de Lisboa e, depois, para uma sala de operações onde foi sujeito a cirurgia de revascularização miocárdica. Dizia-nos ele, durante a referida exposição, quanto sentira a falta de privacidade numa altura em que desejava estar só com a sua angústia, as suas incertezas e os seus problemas, no meio da equipa que o estava tratando.

Entrar um amigo, nem sequer um amigo íntimo - recordava ele -, pelo quarto dentro com o paciente de peito ao léu e ligado aos monitores e outros aparelhos, constituía um desconforto e uma violação da privacidade que ele sentira muito agudamente e não podia agora deixar de referir.

Por amizade, preocupação social ou solidariedade mal entendida, os nossos concidadãos que adoecem e recolhem a um leito hospitalar em condição crítica, são incomodados, assediados e traumatizados por uma legião de amigos e conhecidos, sem que os médicos que os tratam disponham de poder eficaz para o impedir completamente.

13. É missão do médico, tradicionalmente vinculado ao juramento Hipocrático, proteger o indivíduo ameaçado na sua saúde contra qualquer prepotência desta Sociedade toda-poderosa, marcando bem até onde poderá chegar o interesse científico, sem chocar com o interesse, a liberdade e a dignidade pessoal do Homem são ou doente.

Por isso, tendo em conta a evolução da Medicina, a Associação Médica Mundial adoptou, em 1964, um Código de Ética destinado a orientar a experimentação sobre o Homem, que ficou conhecido por Declaração de Helsínquia. Esta declaração foi revista e ampliada, 11 anos depois, em Tóquio (1975), durante a 29ª Assembleia Médica Mundial, com activa participação da Organização Mundial de Saúde e do Conselho das Organizações Internacionais das Ciências Médicas, tendo em conta novas perspectivas científicas, e o alargamento da investigação clínica à investigação biomédica sobre o ser humano.

Deste modo, dispomos hoje de documentos que fazem nítida distinção entre o que é a investigação médica asso-

ciada a cuidados clínicos e investigação biomédica não terapêutica. Ambos os tipos de investigação devem obedecer a regras muito claras, impondo-se a maior atenção a alguns aspectos aí considerados.

14. Sobre os ensaios clínicos falava há pouco Jean Bernard¹⁵ usando uma expressão claramente provocatória ao dizer que eles eram *moralmente necessários, mas necessariamente imorais*. E continuava: *são moralmente necessários porque não é lícito empregar novos fármacos sem ensaio prévio, mas necessariamente imorais porque o método da aleatorização com dupla ocultação poderá ser lesivo do interesse do doente, quando este receba uma substância inerte (placebo). Claro que numa situação clínica para a qual não é conhecido qualquer fármaco eficaz, o uso do placebo é inteiramente lícito. Todavia, quando haja fármacos activos, é preferível comparar os efeitos do medicamento em ensaio não com um placebo mas com um medicamento-padrão sobre o qual exista razoável experiência.*¹⁶

Quanto à experimentação sobre o Homem são, convém ponderar que ela tem dado origem a abusos graves pela utilização de pretensos voluntários que podem estar colaborando sem liberdade plena, em coacção relativa, como é o caso de prisioneiros, estudantes frequentando a cadeira onde a investigação decorre, pessoal de firmas farmacêuticas, etc. Por isso, a maior parte dos códigos da ética insistem em apertadas regras que assegurem um voluntariado autêntico e defendam os interesses das pessoas envolvidas nesta experimentação.

CONCLUSÃO

15. Penso que é altura de concluir. Já vamos longe nesta digressão pelos caminhos da ética profissional em Medicina, que eu quiz trazer-vos em jeito de conversa.

É evidente que eu poderia ter feito uma outra opção, tratando de modo exaustivo um ou dois dos importantes temas que a Ética Médica nos oferece.

Mas pareceu-me mais adequado às circunstâncias, talvez mais útil e seguramente mais leve, fazer uma abordagem dos temas que nos permitisse uma visão panorâmica da Ética Médica dos anos 90.

Assim sendo, teríamos de aflorar - como fizemos -, os notáveis progressos científicos e tecnológicos da Medicina actual e suas repercussões na prática clínica, procurando não perder de vista os valores morais desta Arte Médica que cultivamos e do Homem que servimos.

*Os progressos técnicos e científicos - dizia alguém - não modificaram nem podem subverter o valor ético da saúde como finalidade da actividade médica. Alteram apenas os meios de o alcançar.*¹

Por isso, os princípios ético-deontológicos que do passado chegaram até nós mantêm-se intactos, assumindo-se como *pedra de toque* do nosso comportamento profissional.

Todavia, o progresso científico e tecnológico e a evolução da Sociedade - de algum modo deles dependente -, condicionaram uma contínua mutação das perspectivas médicas, sociais e económicas, a que temos vindo a assistir nos últimos anos.

Não admira, por isso, que possam surgir (e tenham surgido), autênticos conflitos entre os direitos do doente e

a responsabilidade do médico, e que vão surgindo também conflitos entre os direitos do médico e as responsabilidades do paciente, de cada vez que os valores sociais e as perspectivas nesta matéria se vão modificando.¹⁰

É um mundo novo aquele em que agora nos movemos...

Entretanto, atento a todas estas repercussões do progresso científico e à transformação da sociedade, não deverá nunca o médico permitir que a evolução tecnológica da Medicina perturbe e subverta o tradicional tipo de relação médico-doente e o respeito pelos valores tradicionais que tanto nos obrigam e tanto nos honram.

E, com esta mensagem - destinada particularmente aos mais jovens - eu encerró as minhas considerações, agradecendo penhoradamente a atenção que me dispensaram.

BIBLIOGRAFIA

1. RAMOS LOPES M M: O Médico e as Exigências Morais da sua Profissão (Lição inaugural). Coimbra Médica 1958; 5 (5): 399-417.
2. RAMOS LOPES M M: A Ética e a Deontologia Médicas no Ensino Pré-Graduado, na Prática Médica e na Investigação. Coimbra Médica 1989; 10: 319-321.
3. REYS L L: Aspectos éticos e deontológicos na Medicina moderna. Tempo Medicina 1992; 16-Nov.
4. BERNARD J: Grandeza e Tentações da Medicina, Estudos Cor. Lisboa 1974.
5. QUÉRÉ F: L'Étique et la Vie. Ed. Odile Jacob. Paris 1991.
6. ARCHER LUÍS: Uma tecnologia nas Fronteiras do Humano. In *Genética e Pessoa Humana*: pág. 5. Centro de Estudos de Bio-Ética, Coimbra 1991.
7. MAGALHÃES VASCO PINTO: Bio-Ética - Perspectiva Ética. Cadernos de Bio-Ética, 1 - pg. 22 Edição CEB. Coimbra 1990.
8. RENAUD M: O Devir Pessoal e a Exigência Ética. Cadernos de Bio-Ética 1 (pg. 28-41) Edição CEB. Coimbra, 1990.
9. BARAHONA FERNANDES: Ética e Valores Humanos. Rev. Ordem dos Médicos, Março, 1991 (pg. 68).
10. RAMOS LOPES M M: Ética em Cardiologia. Mesa Redonda. Introdução Rev Port Cardiol 1994; 13 (6): 541-43.
11. Comité Permanente dos Médicos da C.E: Controlo dos Custos da Saúde e Deontologia Médica. Rev. Ordem dos Médicos, 1993 Abril (pg. 13).
12. BONÉ EDOUARD: Interventionnisme Bio-Médical et Vécu des sujets. Contribution de la Psychologie à la Bioéthique. In *Genética e Pessoa Humana*. Centro de Estudos Bioética. Coimbra, 1991.
13. SERRÃO D: O doente terminal. Geriatria 1990, 3; 35-38.
14. Encontro Soc Port Med Paliativa: As nossas razões. Lisboa, 1992.
15. BERNARD J: Evolution de la Bio-Éthique. Rev. Port. Clin. Terap 1991, 13(3): 87-95.
16. OSSWALD W: Experimentação de medicamentos no Homem, ensaio clínico e ética: interesses divergentes, conflitos potenciais. Notícias Médicas 1994; XXIII (Nº 2195). 28.3
17. LEÃO M: Aconselhamento Genético. In *Genética e Pessoa Humana*, pg. 55. Centro de Estudos de Bio-ética, Coimbra 1991.
18. LUKL P: Some Ethical Problems in Medicine and Cardiology. Eur, Heart J, 1992; 13(4): 431.