

CONTRIBUTOS PARA A BIOÉTICA EM PORTUGAL

COORDENAÇÃO:

João Ribeiro da Silva, António Barbosa e Fernando Martins Vale



*Centro de Bioética
Faculdade de Medicina
Universidade de Lisboa*



Edições Cosmos

Bioética: a relação típica do médico com o doente

Pedro Pais de Vasconcelos

Faculdade de Direito - Universidade de Lisboa

I. A relação entre o médico e o doente é velha como a humanidade. Desde que existe gente no mundo, desde que existe saúde e doença, desde que existe cooperação e entreatajuda entre os homens, houve uma especial relação entre aquele que trata e aquele que é tratado.

Diz-nos a história que esta relação foi sofrendo uma progressiva especialização. Para além de uma ajuda accidental não especializada, que uma pessoa dava a outra que estava doente ou que sofria, e que ainda hoje se mantém, foi progressivamente autonomizado um ofício, um *mimus*, uma profissão autónoma, altamente especializada, consistente em tratar a doença e em aliviar o sofrimento. Esta especialização é conhecida desde a antiguidade, desde o tempo de que há notícia histórica. Na actualidade, o ofício de médico continua a assumir uma cada vez maior relevância social, uma crescente importância económica, uma feição interpessoal de uma delicadeza ímpar. Nas relações entre pessoas, entre pessoa e pessoa, a relação entre o médico e o doente merece uma atenção muito particular.

A relação médico-doente é uma relação pessoal típica que contém imamente uma regra de comportamento, um critério de acção. Qualquer médico sabe que assim é, embora nalguns casos ou situações limites, possa ser assaltado por dúvidas quanto ao que deve fazer, a como deve agir. Este critério de acção não varia substancialmente de país em país, nem de tempo em tempo.

II. O conteúdo ético da relação médico-doente, na cultura europeia, tem como paradigma o *Juramento de Hipócrates*. É sempre útil recordar o seu teor:

No momento de ser admitido entre os membros da profissão médica, tomo o compromisso solene de consagrar a minha vida ao serviço da humanidade.

Manterei perante os meus mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos.

Exercerei a minha arte com consciência e dignidade.

Considerarei a saúde do meu doente como a minha primeira preocupação.

Respeitarei o segredo que me foi confiado.

Manterei, com toda a possibilidade dos meios de que disponho, a honra e as nobres tradições da profissão médica.

Os meus colegas serão meus irmãos.

Não permitirei que considerações de religião, de nação, de raça, de partido social venham interpor-se entre o meu dever e o meu doente.

Guardarei o respeito absoluto pela vida humana, desde a concepção.

Mesmo perante ameaças, não admitirei fazer uso dos meus conhecimentos médicos contra as leis da humanidade.

Faço solenemente estas promessas, livremente, sob palavra de honra.

No Juramento de Hipócrates podem ser encontrados três princípios fundamentais:

– Valor da sabedoria médica. No primeiro parágrafo do juramento está implícito o valor do ensino e da investigação da ciência médica.

– Prosseguir o benefício dos doentes. Em seguida, a exortação no sentido de que o médico deve agir para o bem da saúde do doente, para curar os seus males ou aliviar o seu sofrimento e nunca para o contrário.

– Respeito pela vida. Traduz-se no mandamento de nunca aconselhar ou aplicar práticas que induzam a morte ou o aborto.

– Abstenção do abuso. O Médico deve abster-se de aproveitar a situação de superioridade que para si decorre do seu ofício sobre os doentes.

– Privacidade. O Médico deve guardar segredo sobre tudo o que venha ao seu conhecimento em virtude do seu ofício.

III. Em Portugal, hoje, existe em vigor um *Código Deontológico* publicado na *Revista da Ordem dos Médicos*. No artigo 1.º deste Código é definida a *deontologia médica* como o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o Médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional. Estas regras, segundo o artigo 2.º, podem ser complementadas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos depois de ouvido o Conselho Nacional de Deontologia Médica e tendo em conta os usos e costumes da profissão.

Do articulado do Código deontológico podem ser intuídos alguns princípios ou linhas de acção:

Princípio de benefício do doente: A relação entre o médico e o doente é dominada pelo benefício do doente e não pelo benefício do médico, em direcção à cura da doença, se possível, e ao alívio ou redução do sofrimento do doente. Deve ser evitada ou atrasada a morte e o aborto, sem prejuízo de

aliviar o sofrimento e na morte e ponderada a necessidade de prejudicar a gravidez em benefício da vida da mãe. Encontram-se manifestações deste princípio nos arts. 6.º/1, 9.º, 10.º, 26.º, 29.º, 37.º/a) e /2, 45.º, 47.º, 48.º/1, 49.º, 50.º, 52.º, 53.º, 54.º, 60.º/3, 61.º, 62.º, 64.º, 66.º, 114.º.

Princípio da autonomia: Autonomia significa a liberdade de autodeterminação da própria conduta e contrapõe-se a heteronomia, que significa a determinação por outrem da própria conduta. Este princípio traduz-se em dois subprincípios:

– do consentimento ou da liberdade de escolha: Tanto o médico como o doente devem ter, em princípio, liberdade de escolher o parceiro na relação médico-doente. Quer isto dizer que ao doente não deve ser imposto um médico contra a sua vontade e que o médico deve poder também recusar o tratamento de um doente. Encontram-se manifestações deste princípio nos arts. 31.º, 34.º, 35.º, 36.º, 37.º, 39.º, 48.º/4 e /5, 60.º, 61.º, 70.º/a), 116.º;

– da independência: O médico deve poder agir na sua função sem constrangimentos que lhe sejam impostos exteriormente, salvo aqueles que sejam inevitáveis pela natureza das coisas, designadamente na escolha da terapia e da medicação adequada. Há afloramentos deste princípio nos arts. 1.º, 28.º, 30.º, 32.º, 33.º, 46.º, 65.º.

Princípio do respeito pelo doente e por si próprio: Além de tratar o doente, o médico deve respeitá-lo enquanto tal, e deve agir também de modo a não violar o respeito que deve ser prestado ao médico e, sobre tudo não agir de modo a pôr em causa o respeito do médico por si próprio. Este princípio do respeito revela-se nos arts. 6.º/1, 12.º, 26.º, 27.º, 30.º, 33.º, 41.º, 42.º, 43.º, 45.º, 56.º, 57.º, 58.º, 59.º, 66.º, 70.º/b).

Princípio da informação: A relação médico-doente implica deveres de informação e de esclarecimento que, no Código Deontológico estão tratados apenas no que concerne à informação a prestar ao doente. Não deve, porém, olvidar-se que existem, e têm enorme importância, os deveres de informação do doente em relação ao médico, principalmente quanto à sua história clínica. No que respeita aos deveres de informação a cargo do médico, encontram-se os arts. 37.º/a) e b), 38.º, 40.º, 41.º/2 e /3, 52.º, 60.º/1, 61.º.

Princípio da privacidade: A privacidade implica o respeito pela esfera de intimidade do doente e o sigilo médico. Para além de um direito à privacidade que o doente, como qualquer pessoa, tem por Direito Natural e por consagração constitucional e civil, avulta em importância o dever de sigilo que vincula o médico a manter segredo sobre tudo o que souber do doente em virtude da relação médica que tiver com ele. Cabe aqui analisar os arts. 67.º a 80.º.

Princípio do progresso da ciência médica: A investigação e o progresso da

ciência médica são importantíssimos para melhorar os cuidados de saúde. O próprio Juramento de Hipócrates começa com a exortação do ensino e da investigação médica. O progresso da medicina exige, porém, a experimentação de práticas, de processos e de medicamentos, que têm de ser conciliados com os demais princípios. Cabe aqui ter em conta os arts. 11.º, 29.º, 59.º, 62.º, 63.º, 64.º.

Princípio da não comercialidade: Este princípio é de cariz negativo e proscreve a comercialização da relação médico-doente. O médico tem naturalmente o direito à justa remuneração do seu trabalho, mas não pode agir com intuito lucrativo simplesmente egoísta, não deve assumir-se como um comerciante. Esta matéria ressalta dos art. 6.º/2 e /3, 81.º a 89.º.

IV. Após a apreciação destes princípios, da sua consagração ou imanência no articulado do Código Deontológico, cabe suscitar uma questão, que é da maior importância: são os princípios da deontologia médica que determinam o Código ou, inversamente, é a legislação de preceitos neste Código Deontológico, ou noutros, que determina o conteúdo da deontologia médica, isto é, o conteúdo da relação médico-doente?

A questão é antiga e deixou já rasto enorme nas querelas da ética, como ramo da filosofia.

No Código Deontológico pode ler-se, logo nos arts. 1.º e 2.º, que «a deontologia médica é o conjunto de regras da natureza ética que, com carácter de permanência e necessária adequação histórica na sua formulação que o Médico deve observar» e estas regras podem ser complementadas «tendo em conta os usos e costumes da profissão».

Daqui resulta que o Código Deontológico não é normativamente estanque nem pleno, não é auto-fundante nem auto-suficiente. O Código Deontológico admite o recurso aos usos e costumes da profissão, admite uma permanência que lhe pode inclusivamente ser anterior e uma adequação histórica. Tudo isto só pode ser conseguido por remissão para a Natureza das Coisas, para a natureza da relação médico doente, para a relação interpessoal típica entre o médico e o seu doente, entre o doente e o seu médico.

A relação interpessoal típica entre médico e doente é relativamente bem conhecida dos órgãos de deontologia médica. É ela que contém os usos e costumes a que se refere o art. 2.º do Código Deontológico. Mas a quaisquer usos e costumes que sejam tipicamente vigentes na sociedade, sem uma mediação ética?

V. Em primeiro lugar, há que proceder a um exercício sobre o modo de

concretizar esta relação interpessoal típica. Na determinação da relação interpessoal típica médico-doente é preciso partir das posições e papéis típicos envolvidos. Qual é a posição típica do médico, qual o seu papel típico, por um lado, e qual a posição e o papel típico do doente, por outro?

Esta pergunta tem uma amplitude enorme. Questionar-se-á imediatamente que há várias relações típicas:

– A do médico privado que é amigo do doente ou da família do doente e que é tão próximo que nem sequer cobra pela sua prática;

– A do médico particular que tem uma grande proximidade com o doente, mas que cobra os seus honorários, que em vez de exercer graciosamente exerce remuneradamente;

– Há ainda, e é muito diferente, a posição, o papel do médico de hospital, de clínica, de Centro de Saúde, de Caixa de Previdência, de Companhia de Seguros, que não têm praticamente nenhuma relação estável e duradoura com o doente, que não se conhecem: entre eles não há uma relação social constituída.

– Há finalmente a relação que surge entre o médico que ocorre de emergência a uma pessoa que, na rua ou em lugar público, sofre um acidente ou uma doença súbita e que está até, porventura, inanimada.

São tipos diferentes de relação médico-doente, que não esgotam a realidade, mas que são suficientes para criar paradigmas. Estes tipos são tipos sociais, são paradigmas de conduta que existem na vida e na sociedade e que são nela praticados reiterada e pacificamente com consciência de serem o modo devido de agir, de agir como deve ser. A recolha dos usos e costumes vigentes na sociedade é imprescindível para o discernimento e a construção dos tipos sociais de relação médico-doente.

VI. Voltando ainda à mesma pergunta: como concretizar o conteúdo deontológico destas relações? Deveremos contentar-nos em apurar sociologicamente qual o seu conteúdo usual e típico? Não é suficiente: será necessário reciprocamente. O médico deve pôr-se na posição do doente e o doente na do médico, e cada um deles perguntar-se a si próprio, qual o comportamento que dele é esperável naquelas circunstâncias concretas, de acordo com o imperativo categórico e a regra de ouro.

O resultado do processo deve ser submetido à *regra de ouro* e ao *imperativo categórico*.

A *regra de ouro* tem um conteúdo que é, em geral, conhecido e eticamente aceite: na sua versão positiva manda que cada um aja perante ou outro

como quereria que o outro agisse perante si; na formulação negativa; que não aja perante o outro de um modo que não quereria que o outro agisse perante si.

O *imperativo categórico* submete a acção ao critério da generalização: age como se a máxima da tua acção se devesse tornar, pela tua vontade, em lei universal da natureza.

É muito claro que a regra de ouro tem um sentido individualizante enquanto o imperativo categórico tem um sentido generalizante. Pode mesmo dizer-se que o imperativo categórico é uma versão generalizante da regra de ouro. Ambos traduzem uma estrutura horizontal de relacionamento interpessoal num mesmo plano, que é característico do Direito Civil.

A regra de ouro e o imperativo categórico impõem que, na deliberação – escolha do comportamento a adoptar – prévia à acção, o agente deva aferir se estaria disposto a suportar sobre si o comportamento que projecta fazer suportar a outrem (regra de ouro) e se esse comportamento pode ser transformado em critério geral do agir (imperativo categórico).

VII. Determinado, deste modo, o conteúdo do comportamento devido, não fica ainda terminado o processo de concretização.

É ainda necessário verificar a que consequências concretas conduziria a acção devida, determinada daquele modo, se viesse a ser adoptada. Trata-se de uma instância de controlo *sinéptica* que permite afastar *a posteriori* uma solução previamente construída. A *sinéptica* permite afastar soluções que, embora aparentemente bem construídas, conduzam na realidade a efeitos perversos na aplicação. Permite também escolher entre duas soluções alternativas e corrigir soluções defeituosas.

VIII. Posto isto, vale a pena chamar a atenção para a dificuldade da concretização do dever do médico na relação com o doente em dois problemas: o do resultado clínico e o do grau de esforço, de diligência e de risco que ao médico pode ou deve ser exigível e exigido.

A obrigação médica, na prestação de serviços de saúde, não é tecnicamente uma obrigação de resultado: é uma obrigação de diligência. Quer isto dizer que ao médico não pode ser exigida a cura. Historicamente não foi sempre assim.

Até ao século XVII e à institucionalização da profissão médica eram celebrados contratos de cura entre os doentes e as pessoas a quem pediam tratamento. O resultado era, depois, verificado e, consoante o grau de realização do resultado, podia ser determinado o não pagamento do honorário. Uma interessante tese de doutoramento: *Contracting a Cure*, de Gianna Pomat (*The*

Johns Hopkins University Press, Baltimore & London, 1998). Recolhe-se aí uma interessante citação de Molière, que ironiza contra dispensa do resultado: «Je suis d'avis de m'en tenir, toute ma vie, à la médecine. Je trouve que c'est le métier le meilleur de tous; car soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de même sorte» (Molière, *Le Médecin malgré lui*, 3.º acto, 1.ª cena). O estudo das sentenças do *Protomedicato* da Escola Médica de Bolonha e a recolha de vários contratos de cura, demonstra que a obrigação de cura e a obrigação de tratamento coabitaram longo tempo enquanto correspondiam a duas diferentes atitudes na relação médico-doente: a primeira inseria-se num plano mais horizontal em que médico e doente se relacionavam no mesmo plano; a segunda num plano vertical, em que o médico assume um estatuto de superioridade a quem o doente pede, roga, o auxílio. A progressiva profissionalização, institucionalização e reforço social da classe médica e da prestação de cuidados de saúde, faz prevalecer a atitude vertical sobre a horizontal e daí decorre a generalização da concepção da prestação de cuidados de saúde como geradora de obrigação de diligência e não de resultado.

Hoje é pacífico que a obrigação do médico se reduz à diligência devida e não ao resultado. Vale a pena, a este propósito, explorar outro caminho que pode ser produtivo. A concepção da obrigação de diligência inserir-se-á porventura numa perspectiva não contratual, ou menos contratual: o médico não contrata no mesmo plano com o doente, a prestação dos cuidados de saúde; corporativamente organizados, os médicos têm associado um estatuto, um *status*, do qual decorre o dever objectivo de tratar com diligência e mesmo com devoção e caridade, o melhor possível, sem que seja devido o resultado.

Também o grau de esforço, de diligência e de risco que ao médico pode ou deve ser exigível e exigido suscita questões de enorme importância.

Fazem parte da Natureza das Coisas as circunstâncias em que o médico actua e em que os cuidados de saúde são prestados. São profundamente diferentes as condições envolventes num hospital excelentemente ou deficientemente equipado; por um médico repousado ou esgotado por excesso de trabalho, em paz ou na guerra, em urgência ou fora dela. É ininteligente desconsiderar as circunstâncias. Sem prejuízo do contributo que podem dar à determinação e graduação da culpa, as circunstâncias objectivas e subjectivas que envolvem o exercício do *mínus* do médico, são determinantes na concretização do comportamento devido, do grau de diligência, de esforço e mesmo de risco que ao médico pode ser exigido.

Assume aqui uma importantíssima relevância o juízo sobre o grau de

risco pessoal que ao médico pode ser exigido. A actividade do médico pode assumir grande perigosidade para a sua própria integridade física. Sem mencionar o perigo envolvente, por exemplo, em situações de guerra ou perturbação social, ou de catástrofe, o médico expõe-se frequentemente ao perigo de contaminação pelo agente que afecta o doente. O tratamento de doenças contagiosas é perigoso para o médico e ninguém costuma reparar, ou mesmo apreciar, a coragem com que o médico se expõe à contracção da doença que tenta tratar. É considerado natural: são «ossos do ofício».

O médico é um homem ou uma mulher, tem família, e não lhe é exigível que seja um herói. É claro que a coragem deve ser apreciada positivamente e a cobardia negativamente. Cabe aos órgãos de decisão deontológica das respectivas organizações profissionais, às ordens dos médicos, o juízo concreto sobre o grau de risco que é concretamente exigível ao médico no exercício do seu ofício.