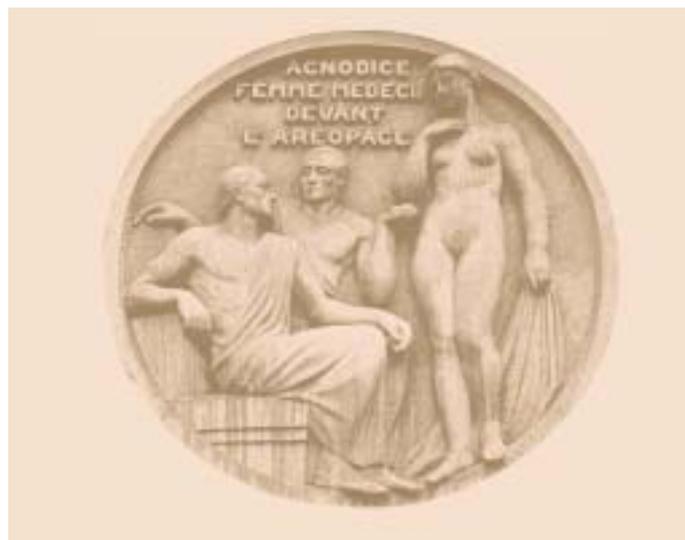


Ética Médica

Oliveiros Guanais

Esta Secção visa ressaltar os aspectos éticos envolvidos em condutas adotadas em casos clínicos, de preferência reais. Faz-se a descrição de um caso clínico, solicitando-se a opinião de profissionais reconhecidamente competentes. Para garantir a utilidade social e acadêmica da Secção, os responsáveis solicitam e agradecem a contribuição dos leitores.

Espera-se receber casos reais para discussão, comentários relativos às posições dos profissionais selecionados e informações que possibilitem o exame ético dessas mesmas posições.



HISTÓRICO

Paciente submeteu-se à laparotomia de urgência após sofrer acidente automobilístico. Houve sangramento cavitário abundante por ruptura de baço e a cirurgia consistiu de esplenectomia e sutura de alça intestinal. No pós-operatório, apresentou dores abdominais e febre, sendo medicado com antibióticos, analgésicos e antiinflamatórios, resultando em remissões e reaparecimento do quadro clínico descrito. O médico que o operou tranquilizava o paciente e familiares dizendo que o quadro era resultante das lesões determinadas pelo trauma, e que em breve tudo estaria resolvido.

Insatisfeita com a repetição daquelas explicações, a família procurou outro médico, que resolveu reabrir o paciente, encontrando compressa na loja esplênica, retirando-a e mostrando-a aos que se encontravam na sala. Embora não houvesse familiares no ambiente, esses vieram a tomar conhecimento do ocorrido – não se sabe por que meios – e processaram o cirurgião do primeiro procedimento, conseguindo a sua condenação na Justiça civil e obrigando-o a pagar elevada indenização pelo dano causado ao paciente.

O consulente pergunta:

1º - Deveria o segundo cirurgião ter agido com discrição, evitando que o fato chegasse ao conhecimento dos familia-

res para não expor o colega da primeira cirurgia às dificuldades que enfrentou, levando em conta que o seu trabalho se dera em condições de urgência, com sangramento abundante a ser debelado, fato que era do conhecimento dos familiares e do próprio médico da segunda cirurgia?

2º - Ou teria o segundo médico agido corretamente, possibilitando que a verdade dos fatos chegasse ao conhecimento dos familiares, sem preocupar-se com o que viesse a ocorrer com o seu colega?

COMENTÁRIOS

Bernardo Vianna
Médico especialista em Medicina
Nuclear, ex-conselheiro do CFM

"(...) Os médicos não pretendem e não poderiam pretender gozar de imunidade no exercício de suas atividades profissionais. Querem que se lhes saiba fazer justiça, que se lhes compreenda a difícil e nobre missão, que se não esqueça a relatividade e mesmo por vezes a precariedade da ciência e da arte, como de tudo que é eminentemente humano. Se a medicina tem algo de excelsa, que tantas vezes tem feito comparar os médicos aos deuses, não será de se esquecer que, como homens, os profissionais, por mais sábios e dignos que sejam, estão sujeitos à natural falibilidade humana (...)"

Álvaro Dória

O estudo de caso apresentado deve ser focado a partir do procedimento do primeiro cirurgião (em um atendimento de urgência), e do segundo cirurgião, autor de comentários e atitudes a serem analisadas no exercício de suas atividades. Dissecá-lo, do ponto de vista ético, é uma oportunidade e uma aventura que os médicos não devem se furtar a fazer, lembrando que é fácil analisar com lucidez e equilíbrio quando o sucesso bate à nossa porta, mas é difícil conservarmos a serenidade quando as dificuldades e o insucesso nos incomodam.

A minha preocupação inicial – ao examinar o presente caso – não se prende somente em apontar os ilícitos éticos e a au-

sência de virtudes, própria do momento, mas, sobretudo, procurar estimular os colegas médicos para que criem uma atmosfera que envolva com serena justiça o julgamento, frente às dificuldades de um e a atitude de outro.

Diante da antieticidade que o mundo atravessa nos mais variados setores da vida, a tarefa de ensinar a ética é urgente e necessária. E ela deve ser ensinada não apenas pelos livros, compêndios ou códigos mas, sobretudo, pelo exemplo. E que compêndio é mais urgente do que o tratado de moral, que incorpora com maior dignidade as virtudes. E que virtude um médico, ou digamos mesmo um homem, necessita ter senão o de agir humanamente, sabendo-se que a virtude de um homem é que o faz humano. Dizia Montaigne: "Não há nada mais belo e mais legítimo do que o homem agir bem e devidamente". Esse bem não é para ser teorizado e contemplado, mas para ser concretizado na prática diária. Eles (os bens) são os nossos valores morais mais encarnados, mas vividos em atos.

Às vezes me pergunto qual a virtude moral de natureza e de caráter cuja presença em uma pessoa aumenta a minha admiração e estima, e cuja ausência diminui? Dentre elas, destaco a prudência e a justiça. Esta, como corolário das demais. A justiça, por ser o horizonte de todas as virtudes, é considerada "virtude completa", no dizer de Aristóteles. A justiça é aquilo sem o que os valores deixariam de ser valores. Portanto, pessoalmente, a minha admiração se exalta em favor dos justos, uma vez que são eles que promovem a justiça.

A ética da responsabilidade quer que respondamos não apenas por nossas intenções ou princípios, mas pelas conseqüências de nossos atos. É uma ética de prudência, uma vez que supõe incerteza, risco, e nos desperta a atenção não apenas para o que acontece mas para o que poderá vir a acontecer, e nos permite distinguir entre ação e impulso. Prudência não é medo e muito menos covardia; ela é insubstituível e boa conselheira.

Ante as considerações iniciais, examinemos o caso

Iniciemos pelo primeiro cirurgião: atendimento de urgência a um paciente com "sangramento cavitário abundante por ruptura de baço", cuja "cirurgia consistiu de esplenectomia e sutura de alça intestinal." "No pós-operatório, apresentou dores abdominais e febre, sendo medicado com antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios, resultando em remissões e reaparecimento do quadro clínico descrito. O médico que o operou tranquilizava o paciente e familiares dizendo que o quadro era resultante das lesões determinadas pelo trauma, e que em breve tudo estaria resolvido."

Ao examinarmos a questão à luz do Código de Ética Médica, a pergunta que de imediato nos aflora é se o referido cirurgião, que atendeu o paciente na urgência, deve ser enquadrado no art. 29 do CEM? E, em seguida, inquirir: o médico cirurgião é culpado ou responsável pelo esquecimento de um corpo estranho (uma compressa) na cavidade abdominal do paciente, nas circuns-

tâncias do atendimento? Há de se fazer distinção entre um erro honesto – onde acontece um acidente imprevisível – e um erro culposo: por imperícia, imprudência e negligência. Naquele (erro honesto), circunstâncias especiais atenuam ou até podem excluir a culpabilidade do agente. Os cirurgiões que diuturnamente labutam com urgências de várias naturezas, caracterizadas pelo imprevisto, pela expectativa, apresentam um grau de emoção e estresse inteiramente diverso de um outro cirurgião que programa sua cirurgia eletiva, onde pode estabelecer um plano predeterminado de trabalho e de técnica, numa sequência ordenada dos tempos cirúrgicos, e, mesmo assim, a natureza às vezes lhe prega peças imprevisíveis... portanto, igualar os procedimentos em circunstâncias diversas para submeter um colega ao dissabor de uma crítica que não constrói é cometer uma injustiça e submetê-lo a um terrível e irreparável constrangimento.

Quanto ao segundo cirurgião, faltou-lhe, de início, a polidez, virtude considerada como uma ética do comportamento, como um código de vida social: ser bem-educado, na linguagem corrente, é ser polido.

Os médicos deveriam ter um relacionamento

mais próximo para com seus colegas. As dificuldades da vida atual, o grande universo de médicos em atividade nas grandes capitais, o superficialismo nas relações socioprofissionais, além de outros fatores, impedem tal proximidade. Todavia, o respeitar os colegas como seres humanos – relação que deve ser construída numa atmosfera do mais alto nível de consideração, empatia e confiabilidade – é o mínimo que se exige.

Romper, fazer críticas destrutivas, humilhar, são habilidades intelectuais fáceis de se aprender. Entretanto, unir, somar, cooperar, preservar o respeito e a boa convivência exige uma maturidade de inteligência e uma madura força de vontade para exorcizar o egoísmo, a vaidade e a competitividade predadora.

Ao segundo cirurgião, receio que deve ser examinado à luz do art. 19 do CEM, que estatui: "O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética Médica da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina".

Luiz Nódgi Nogueira Filho
Conselheiro do CRM-PI e do CFM

A situação do responsável pela segunda cirurgia é bastante delicada, tendo em vista o compromisso com o paciente, de um lado, e de outro o relacionamento com o médico que praticou o primeiro ato operatório. São as duas vertentes segundo as quais podemos inicialmente encarar o problema.

O paciente desejava ter sua saúde recuperada definitivamente

te. Optou por outro cirurgião com tal perspectiva, e é natural conceber que dele esperasse não somente a solução de seus males mas também a explicação do fato. Em relação ao primeiro anseio, tudo leva a crer que foi contemplado.

Quanto ao segundo, o direito à verdade é "primário e radical" e "não pode sofrer limitações", mas "há situações em que o direito alheio ou da própria pessoa excepciona a regra", pela existência de "(...) verdades fundamentais e necessárias para a vida humana e seu desenvolvimento pleno e verdades não convenientes e não necessárias"(1). Assim, distinguem-se o direito em si à verdade (capacidade) e o exercício desse mesmo direito, em momentos e situações especiais (legitimidade), de modo que o mero direito à verdade é limitado no seu exercício, para conhecer as verdades tidas como simplesmente convenientes. O Papa Pio XII, em alocução a médicos e odontólogos, teria afirmado que há segredos que não devem ser revelados sequer ao psicanalista(2). Além do mais, "nas ciências aplicadas, o caráter interpretado da realidade é mais fácil de reconhecer. Os objetivos que a medicina pode aplicar são manifestamente variados e dependentes das visões de indivíduos e comunidades particulares", pelo que "(...) a decisão entre diferentes interpretações da realidade, dentro das ciências aplicadas, é uma questão de interesse comum"(3). "Existem verdades científicas que se sobrepõem às sociais, ao que parece, em definitivo", mas a prática médica deve observar as "(...) verdades do domínio das ciências sociais"(4), não causando dano, antes e acima de tudo.

Do exposto, há que se reconhecer o direito sagrado à informação da verdade ao paciente, em todos os níveis, em linguagem acessível e sob o crivo de grau variável de interpretação, sem, contudo, desprezar o bom-senso. Pois, em primeiro lugar, não é vantajoso, por exemplo, comunicar todas as dúvidas e transmitir todas as ansiedades que assaltam o espírito do médico ao definir diagnóstico, conduta terapêutica e prognóstico; depois, pode causar prejuízo a franqueza crua em casos de paciente terminal, com AIDS ou neoplasia maligna, por exemplo. Não há que se cogitar, então, de absolutismo, mas sim considerar cada situação concreta, também com bom-senso e preservando o paciente de dano causado pela revelação, porque "(...) nem sempre evitar a verdade equívale a manter o paciente no repouso da ignorância (...)", razão pela qual "(...) a comunicação entre médico e paciente assume a função primordial: será um diálogo aberto e sistemático, planejado e individualizado, que proporcionará as condições para que a repercussão emocional de "saber a verdade" não se transforme em desordem psicológica"(5). Por extensão, também em descrença no médico e em mescla de sentimentos de insatisfação e retaliação.

Portanto, de acordo com esse raciocínio, o segundo cirurgião estava obrigado a descrever a realidade dos achados operatórios nos papéis do hospital e de tudo dar ciência ao paciente ou responsável.

Aparentemente, pela descrição oferecida, a família soube da realidade por outra via, o que não parece ser o mais correto. Claro que o mé-

dico não podia incorrer em mentira nem esconder o fato, com o que contrariaria o ditame ético de não "acobertar erro ou conduta antiética de médico" (art. 79 do CEM). Ele estava atrelado ao princípio de não "deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal" (art. 59 do CEM). Não podia se furtar à revelação da verdade, portanto, mas devia atentar para as conseqüências de sua obrigação, procurando observar o preceito de que "o médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética Médica da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina" (art. 19 do CEM).

Seria acertado, então, procurar o primeiro cirurgião com o fim de conhecer as reais circunstâncias da intervenção inicial e relatar seus achados, colocando-se à disposição para, juntamente com o colega, esclarecer todo o ocorrido ao paciente. Principalmente na situação concreta apresentada, de esquecimento de corpo estranho em cirurgia. Esta é condição reveladora de negligência, embora haja opiniões divergentes de que "tal fato é imprevisível e, até certo ponto, impossível de ser evitado" e que "(...) por si só não constitui, moral ou penalmente, um fato imputável"(6), em especial nas cirurgias de urgência com vultosas hemorragias. A urgência em questão, determinada por

acidente automobilístico, representava perigo grave que exigia imediata intervenção, como mostra a evidenciação de lesão de múltiplas vísceras, com necessidade de abordagem de baço e alça intestinal. E da atuação de profissional em campo tão traiçoeiro, mesmo admitindo adequado suporte hospitalar e de equipe auxiliar, seria compreensível desculpar o esquecimento de algum corpo estranho.

Nossa justiça, entretanto, não encara as coisas exatamente sob esse prisma, como aliás se comprovou no caso presente. Há tendência para a reparação do dano independentemente de culpa (responsabilidade sem culpa), em contraposição à idéia de que as regras de conduta a que se submete o médico se relacionam aos deveres de informação, atualização, vigilância e abstenção de abuso(7). Mas aqui não é necessário questionar propensões jurídicas, senão vejamos. A observação usual é que muitos corpos estranhos são eliminados naturalmente pelo organismo ou não trazem repercussões clínicas, configurando inclusive achados posteriores. Mas a possibilidade de corpo estranho devia ter sido levantada no caso em exame, pelas conseqüências advindas. Sem estas últimas, provavelmente não haveria responsabilidade penal, se bem que dificilmente não se afirmaria a responsabilidade civil, com base no asseverado acima. As conseqüências, no entanto, como no caso descrito, caracterizam o dano. Não se tratava, pois, de corpo estranho inerte, fato que oferece forte sugestão de que o primeiro cirurgião atuou com negligência, ao não fazer o diagnóstico correto da complicação ou não adotar as medidas pertinentes para

isso. Tanto que o paciente se viu forçado a procurar outro profissional que pusesse fim ao seu sofrimento. Deixaria de ter sentido o perdão pelo esquecimento de compressa, frente à falta de diligência visando o adequado manuseio da complicação dele dependente.

"É difícil conciliar ao mesmo tempo a curiosi-

dade da imprensa, a necessidade do público de ser informado e as normas deontológicas e legais"(8). É de se crer, porém, que um entendimento entre os médicos que atuaram nas duas oportunidades, e posterior contato com o paciente, em conjunto, talvez, seria um caminho racional que possivelmente redundaria em epílogo diverso do observado.

BIBLIOGRAFIA

1. Silva JAF. Comentários sobre caso clínico. *Bioética* 1993;1:185-7.
2. Pereira GJM. Comentários sobre caso clínico. *Bioética* 1994,1:90-1.
3. Engelhardt Jr HT. Fundamentos de Bioética. São Paulo: Loyola, 1996: 285.
4. Menezes DB. A ética médica e a verdade do paciente. In: Assad JE, organizador. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993: 212-8.
5. Silva FL. Direitos e deveres do paciente terminal. *Bioética* 1993,1:139-43.
6. França GV. *Direito médico*. 2ª ed. São Paulo: Byk-Prociencx, 1978: 122-6.
7. Gomes JCM., Drumond JGF, França GV. *Erro médico*. 3ª ed. Montes Claros: Unimontes, 2001: 164-72.
8. França GV. *Op. cit.* 1978: 87.

Edevard J. de Araújo
Presidente do Conselho
Regional de Santa Catarina

A situação que se apresenta é muito oportuna porque pode ocorrer em qualquer local do mundo e tem sido tratada de forma inadequada, a nosso ver. Fatos desse tipo não podem ser analisados de forma isolada, merecendo, no mínimo, uma avaliação do contexto em que ocorreu. O "esquecimento" de material cirúrgico tornou-se um simbolismo do "erro médico".

Em procedimentos eletivos em que uma cavidade é explorada de forma metodizada, com tempos cirúrgicos bem definidos e planejados, inclusive no que se refere a prováveis intercorrências, o esquecimento de gaze ou qualquer outro material cirúrgico dificilmente deixará de ser interpretado como um desleixo, um descuido.

Por outro lado, o cenário que foi descrito, de uma vítima de acidente, paciente em choque hipovolêmico, instável hemodinamicamente, é importante para se visualizar o quadro. Todo profissional envolvido em atividades cirúrgicas sabe que em tais situações a velocidade dos procedimentos é vital. O tumulto que se cria nestas circunstâncias é inimaginável para o leigo e para muitos profissionais. Paciente com risco iminente de vida: garantir via respiratória, acesso venoso, reposição volêmica, procedimentos complementares iniciais, hipótese diagnóstica, tomada da decisão cirúrgica, viabilização de sala e transporte para o centro cirúrgico. Tudo isso correndo contra o tempo, temendo um óbito a qualquer momento. Paciente ainda longe das condições ideais mínimas, ainda em reposição e inicia-se a indução anestésica enquanto os cuidados de monitorização são tomados. Preparo de campo cirúrgico – antissepsia e colocação de campos – e inicia-se a via de acesso o mais rápido possível, até porque o motivo do choque ainda não foi identificado e nem controlado. Aberta a cavidade, extravasamento de sangue em grande quantidade, paciente ainda em choque, perdendo o que se repõe quase que simultaneamente, muitas vezes acentuando-se o grau de instabilidade. São em momentos como esse que muitas vezes o cirurgião tem que colocar compressas aonde identifique sangramento, para que possa pe-

lo menos manter o paciente vivo enquanto começa as manobras de clampeamento e ligadura por algum local – ainda sem saber qual é o mais grave. Sangue, sondas, fios, luz, medicamentos, etc.; tudo isso é pedido quase que simultaneamente, enquanto os sinais vitais mostram que a luta parece estar sendo perdida. Ligaduras, suturas, clampeamentos vão sendo feitos sucessivamente... e vamos torcer para que nada esteja em falta e disponível em tempo hábil! Os tempos cirúrgicos se sucedem, em velocidades surpreendentes, paciente ainda instável e a palavra de ordem é encerrar o procedimento anestésico-cirúrgico o mais rápido possível, agora com menos perdas, com mais respostas. Troca de campos, retirada de compressas, revisão de hemostasia e da cavidade. Quem conseguiu contar as compressas? Ninguém! Ou pior, alguém contou... e errado! E é exatamente nessa hora que uma delas, contraída e corada com o sangue, se mime-tiza, torna-se inconfundível com os tecidos que a circundam. Paciente instável, é absolutamente necessário que se encerre o procedimento, que seja colocado num ambiente de terapia intensiva, reavaliação laboratorial recebida para adequação dos parâmetros em busca de uma situação mais controlável. Há também necessidade de todos os presentes darem andamento ao que foi interrompido quando chamados para essa emergência. Isso se outra situação semelhante não se superpõe e tudo recomeça...

Agora, com esse cenário em mente, ainda assim o esquecimento da compressa configura uma negligência? O cirurgião foi desleixado? Vamos então às respostas. Qual a conduta mais correta do segundo cirurgião?

A primeira alternativa: dissimular. É um expediente inegavelmente tentador e que pode acontecer com alguma frequência. Se vislumbrarmos o drama do primeiro cirurgião e formos emocionais, principalmente se alguma ligação afetiva há, parece a conduta ideal. Mas não é a correta. Assim como a menor distância entre dois pontos é uma reta, a verdade também é o melhor caminho. A diferença entre o que queremos fazer e o que deve ser feito algumas vezes inexistente, e muitas vezes é grande. Não se justifica uma mentira mesmo que seja para evitar um constrangimento. É um direito dos familiares resignarem-se ou não com os fatos, mas é um direito maior ainda saber a verdade.

A segunda alternativa: a que fez o segundo cirurgião. Exibir a todos uma compressa esquecida, como se fosse um troféu, para suscitar comentários que se espalhem por todo o hospital, é covardia. Festejar vitórias com a desgraça alheia nos parece uma conduta torpe e desprezível. Infelizmente, isso também ocorre entre nós e não é raro tomarmos conhecimento de comentários desairosos sobre condutas ou mesmo resultados desfavoráveis de colegas nossos. Essa conduta deve ser evitada se não por solidariedade humana pelo menos por inteligência, porque somos todos falíveis e, fatalmente, outro colega também se confrontará com algum mau resultado nosso.

Nos parece que a conduta ideal do segundo cirurgião deveria ser a de reduzir ao mínimo ou a zero qualquer comentário diante do aparecimento da compressa, dele mesmo ou da equipe. Melhor ainda seria aproveitar a ocasião como lição de vida e mostrar que todos os pre-

sentes poderiam ser os protagonistas de tal situação. A verdade poderia ser dita aos familiares de forma simples, sem despertar sentimentos de cobrança ou reparo ao erro.

Com lealdade é bem possível descrever as circunstâncias e relevar a sobrevivência do paciente graças a um trabalho louvável e em condições adversas. Fazer com que a família se coloque na situação do colega e consiga entender o drama, a verdade e os atenuantes. Seria também uma boa oportunidade de mudar, pelo menos em parte, essa idéia de que todo "esquecimento" é um "desleixo". Obviamente que seria bem-vinda a atitude de informar o primeiro cirurgião sobre o sucedido. Seria bastante cordial tal atitude.

Finalmente, vale comentar um pouco sobre a atitude do primeiro cirurgião diante do quadro clínico arrastado no pós-operatório. Será que ao invés de "tranqüilizar o paciente e familiares" atribuindo os sintomas ao trauma não teria sido melhor lembrar a dificuldade do caso, ter demonstrado interesse em investigar e inclusive abrir hipóteses de complicações pós-

operatórias, onde se inclui o corpo estranho? O que motivou a demanda: a compressa "esquecida" ou um descaso que inclusive motivou a troca do médico assistente? Será que vendo um cirurgião agindo com heroísmo no centro cirúrgico e posteriormente lutando com afincos para vencer as complicações, mobilizando outros colegas e buscando todos os meios de solução, essa família agiria com tal revanchismo?

Já ouvi experiências de grandes cirurgiões que após "gafes" como essas ou mesmo piores, devido a um excelente relacionamento e atuação, mesmo depois de desvendado o "mistério", paciente e familiares decidiram manter-se confiantes e sob os cuidados do mesmo profissional.

Resultado desfavorável não é premissa desse ou daquele profissional, é uma situação que pode ocorrer com qualquer um de nós. É com um bom relacionamento que os pacientes nos verão como seres humanos falíveis e devotados. Não podemos, por outro lado, usufruir a desgraça alheia para obter vantagens ou vingarmos-nos de desafetos.